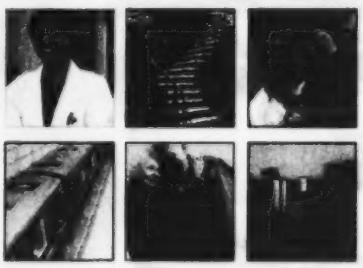
La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

2003-2006

Document de consultation



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06329/

Le **Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, « *La santé en actions* » - Document de consultation,**
est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Rédaction
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Collaboration à la rédaction
Loraine Desjardins
Michèle Bérubé

Édition
Évelyne Joyal
Lise Latourelle
Hélène Perrault

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

Graphisme
www.farleydw.com

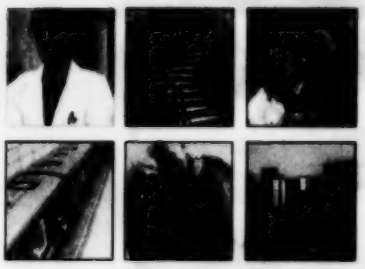
© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-107-8

Ce document est disponible
- aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca
- en anglais sous le titre : *Montreal Improvement Plan for Health and Well-Being 2003-2006, "Action for Health" Consultation Paper*

La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

2003-2006



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Table des matières

1. MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 7

2. BIENVENUE AUX PARTICIPANTS 9

3. UNE DÉMARCHE DE CONSULTATION INTÉGRÉE 11

4. LE RÉSEAU MONTRÉALAIS : SES CARACTÉRISTIQUES 19

5. PRIORITÉS MONTRÉALAISES 2003-2006 21

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention 22

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises 26

5.2.1 Jeunesse 26

5.2.2 Problèmes sociaux montréalais 32

5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie 34

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF) 36

5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006 36

5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures 37

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés 38

5.4.1 Services d'urgence 38

5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés 42

5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé 45

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables 48

5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie 50

5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives 53

5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs 54

5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées 57

5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale 58

5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement 61

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires 64

5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés 64

5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique 64

5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle 65

5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité 66

5.7 Intégration des besoins des femmes à la planification régionale des différents continuums de soins et de services 67

5.8 Le respect des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population 70
5.9 Synthèse des ressources additionnelles requises 70

6. ACTION INTERSECTORIELLE, INTÉGRATION DES SERVICES ET APPROCHE TERRITORIALE ... 75

7. DÉFIS DE GESTION 2003-2006 79

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité 80
7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements 80
7.1.2 Évaluer pour s'améliorer 81
7.2 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins 84
7.2.1 Les médecins généralistes 84
7.2.2 Les médecins spécialistes 86
7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre 92
7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré 92
7.3.2 Réviser l'organisation du travail 93
7.3.3 Assurer la relève des cadres 93
7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'oeuvre 94
7.3.5 Soutenir le développement des compétences 96
7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail 97
7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre 98
7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel 99
7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes 101
7.4.1 Informatiser 58 groupes de médecine de famille (GMF) 101
7.4.2 Doter le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques et des outils informationnels requis 103
7.4.3 Assurer le déploiement en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE), des avis de naissance (ADN) et de l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC) 104
7.4.4 Généraliser l'implantation d'un système d'information sur les urgences dans tous les hôpitaux ayant une salle d'urgence 105
7.4.5 Initier et compléter le déploiement des systèmes nationaux prioritaires 106
7.4.6 Doter la région d'un Intranet régional 106
7.4.7 Doter la région d'un Carrefour d'information sociosanitaire 107
7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise 109
7.6 Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 111

8. CONCLUSION ET QUESTIONNAIRE 119

Lexique 123

1.
Mot du président-directeur général

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉALAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

2.
Bienvenue aux participants

Des actions concrètes

Ce document de consultation présente les actions concrètes qui sont exposées dans le document de référence de référence de plan stratégique 2003-2006 de la régie régionale de Montréal, La santé en actions, Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être. Il permet de voir rapidement les actions proposées dans chacune des six priorités montréalaises et des quatre défis de gestion qui ont été retenus aux fins de la présente consultation. Nous vous invitons à les commenter et à les bonifier. Les participants sont toutefois invités à lire attentivement, pour chacune des priorités, les éléments d'information et de mises en contexte du document de support, accessible sur le site internet de la Régie. Cette information est riche de nouvelles données et permet un débat plus éclairé.

Des activités d'information et de consultation

Les activités d'information et de consultation qui ont été prévues sont nombreuses et diversifiées. Selon le type de représentation que vous souhaitez faire ou selon le rôle que vous jouez au sein de la société montréalaise, différentes possibilités sont offertes. Consultez le tableau récapitulatif à la fin du présent document. Vous trouverez également les renseignements sur chaque activité prévue ainsi que la procédure pour y participer.

Un questionnaire

Afin de guider la discussion et de faciliter la synthèse de vos commentaires et suggestions, nous vous proposons d'utiliser le questionnaire qui vous est présenté à la fin du présent document. Vous pouvez faire connaître vos opinions sur une ou plusieurs des priorités, selon vos intérêts et vos préoccupations.

Pour en savoir plus

Le projet de plan stratégique 2003-2006 intègre l'ensemble des propositions relatives à l'organisation des services, au plan d'action en santé publique ainsi qu'à l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés. Si vous souhaitez connaître le contenu de ces plans spécifiques, consultez le site web de la régie régionale. Vous y trouverez également une foule d'information complémentaire. **www.santemontreal.qc.ca**

Information générale

Service des communications : 286-6500, poste 5612.

3.
Une démarche de consultation intégrée

Des décideurs à l'écoute

La consultation sera menée par le président-directeur général de la Régie régionale, monsieur David Levine, avec des membres du comité du conseil d'administration sur la planification et l'évaluation. Ce sont eux qui recevront les avis et les commentaires qui émaneront des différents milieux participants à la consultation. Le président-directeur général sollicitera l'avis du Forum de la population, nouvelle instance régionale mise sur pied suite à la réforme de la gouverne du réseau. Ainsi, les commentaires provenant des comités d'usagers, des citoyens et des citoyennes seront analysés par le Forum de la population qui les intégrera dans ses avis sur les plans régionaux.

À la fin de l'exercice de consultation et après l'analyse des résultats, le comité de planification et d'évaluation recommandera au conseil, pour adoption, le Plan stratégique d'organisation des services ainsi que le Plan d'action montréalais en santé publique pour les années 2003-2006.

Des activités de consultation adaptées aux différents publics et aux différents plans régionaux

Le choix des moyens de consultation a été guidé par la volonté de favoriser l'expression du plus grand nombre de personnes, de groupes et d'institutions.

Certains moyens ont été prévus de façon à réunir les acteurs régionaux et les partenaires qui sont directement interpellés par les solutions proposées et dont la contribution est essentielle à l'atteinte des objectifs visés pour améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise.

Dans le cas du Plan d'organisation des services médicaux généraux, et afin de rejoindre le plus largement possible les 2 190 médecins omnipraticiens de Montréal, il est prévu d'organiser des groupes témoins représentatifs des médecins, d'échanger avec les membres lors de l'assemblée générale annuelle et enfin, de recueillir leurs avis par voie écrite ou électronique.

Enfin, en ce qui concerne l'avis de la Commission médicale régionale sur le Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, le Collège et les associations professionnelles, de même que les deux facultés de médecine, seront consultés de façon spécifique.

Les commissions régionales (médicale, infirmière, multidisciplinaire) seront informées et consultées dans le cadre de leurs réunions régulières.

PARTICIPATION ET CONSULTATION : QUI, OÙ, QUAND, COMMENT ?

Pour les citoyens et citoyennes de Montréal, les regroupements d'établissements, les regroupements d'organismes communautaires, les associations régionales médicales, les syndicats régionaux, les groupes représentatifs de la population, les organismes socio-économiques ou tout autre organisation régionale intéressée.

Avis écrits avec ou sans audience publique

Les regroupements, associations ou organisations régionales intéressés peuvent soumettre un avis écrit. Il leur sera alors possible de le présenter en audience publique ou de l'envoyer pour étude sans autre forme de présentation. La formule des audiences publiques est particulièrement pertinente pour les groupes communautaires et les organisations à portée régionale. Un avis de consultation invitant les groupes à s'inscrire à l'avance paraîtra dans les quotidiens, un mois précédant la tenue des audiences.

Procédure

Inscription à l'avance :
Les participants aux audiences publiques doivent s'inscrire avant le 10 avril 2003 auprès de la Régie régionale en téléphonant au numéro : (514) 286-6500, poste 5612.

Avis écrits

Les organismes qui désirent présenter leur avis en audience publique devront faire parvenir 15 copies de leur document à la Régie régionale avant le 10 avril 2003. Les avis écrits doivent être accompagnés d'un résumé de 2 pages. Si l'avis ne dépasse pas 10 pages, le résumé est facultatif.

Tous les avis écrits doivent être disponibles en format électronique. Ils seront déposés sur le site Internet de la Régie régionale sous la rubrique Planification stratégique 2003-2006 « *La santé en actions* ».

Consultation - Audiences publiques

Service des communications
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal
3725, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9

Adresse Internet pour l'envoi électronique des avis écrits

lise_latourelle@ssss.gouv.qc.ca

Dates et lieu

22, 23 et 24 avril 2003
De 9 h à 21 h
Holiday Inn Midtown, Salle Ambassadeur - 420, rue Sherbrooke ouest, Montréal (Québec)

Durée des présentations

15 minutes sont allouées à chacun des participants. Ces derniers disposent de 10 minutes pour présenter leur avis et de 5 minutes pour répondre aux questions du comité.

Tous les avis provenant des Montréalaises et des Montréalais seront acheminés au Forum de la population pour être pris en compte dans la préparation de ses avis. De plus, une plage est réservée à la population montréalaise qui désire se faire entendre aux audiences publiques.

Pour les établissements, les cliniques médicales, les gestionnaires, les professionnels et les médecins appelés à travailler en réseau.

Forum interactif sur l'intégration des services

Certains des objectifs soumis à la consultation visent à mobiliser les partenaires, à susciter leur adhésion et à renforcer leur engagement. Cela dit, plusieurs actions découlant du plan nécessiteront non seulement leur engagement, mais aussi leur mise en réseau afin d'assurer la continuité et l'optimisation des services offerts par divers partenaires à une même clientèle ou autour d'enjeux complémentaires. Cela prend tout son sens notamment dans les secteurs des services de santé physique, des services jeunesse, et de la santé mentale.

Procédure

Des intervenants de divers établissements ayant un rôle de décideurs ou de professionnels directement touchés par les enjeux reliés aux réseaux de services intégrés seront invités à participer à une journée de consultation. Un cahier de participation contenant des propositions d'amélioration et des histoires de cas leur sera remis afin de guider la réflexion. Le cahier de participation contiendra des thématiques de continuité inspirées du projet de Plan stratégique 2003-2006 et des cas conçus avec la participation de médecins et de professionnels dans les établissements, illustreront ces thématiques.

Lors de l'événement, les participants seront conviés par secteur d'intérêt (santé physique, jeunesse, santé mentale) à discuter d'un ou de plusieurs cas pertinents (nombre de petits groupes à déterminer selon le nombre de participants) ainsi qu'à tirer des conclusions et à formuler des recommandations. Chaque secteur se retrouvera en mini-plénière pour voter de façon interactive sur les recommandations.

En fin de journée, une plénière permettra d'identifier les avenues similaires ou convergentes qui pourront être retenues pour bonifier les solutions proposées à l'amélioration de l'intégration des services.

Date et lieu

2 avril 2003
De 9 h à 17 h
Centre de congrès Renaissance, Salon Boticelli - 7550, boul. Henri-Bourassa est, Montréal (Québec)

Pour les représentants des comités d'usagers des centres jeunesse, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC et hôpitaux.

Forum de consultation des comités d'usagers

Il existe 114 comités d'usagers dans les établissements du réseau montréalais de la santé et des services sociaux. Les représentants de ces comités seront consultés sur les propositions contenues dans le document de consultation du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 lors d'un forum d'une demi-journée. Cette formule éprouvée répond bien aux attentes des personnes invitées et permet de discuter des propositions dans un contexte propice aux échanges.

Procédure

Les présidentes et présidents des comités d'usagers recevront une invitation à participer au Forum de consultation, accompagnée des documents de consultation et des questionnaires de propositions nécessaires à la réflexion. Les personnes déléguées par leur comité devront s'inscrire à l'avance auprès de la Régie régionale. Les ateliers seront suivis d'une plénière au cours de laquelle seront mises en commun les recommandations des participants.

Date et lieu

31 mars 2003
De 9 h à 14 h
Hôtel Holiday Inn Select, Salle de bal - 99, avenue Viger ouest, Montréal (Québec)

Pour les directeurs généraux, les présidents de conseil d'administration et les équipes de direction.

Rencontres sous-régionales

Avant le début des consultations, le président-directeur général a rencontré les directeurs généraux et les équipes de direction des établissements. Une deuxième journée permettra d'informer les établissements des grandes tendances qui se sont dégagées au cours de la consultation et d'échanger, dans un contexte interétablissements, sur le projet de Plan stratégique 2003-2006.

Date et lieux

Ces rencontres se tiendront dans un établissement de chacune des sous-régions. Les dates sont à déterminer.

Pour les directeurs généraux, les directeurs des services professionnels et les directeurs de services.

Atelier thématique sur la disponibilité de la main-d'œuvre

Sommes-nous en mesure d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés avec les ressources et la main-d'œuvre dont nous disposons actuellement à Montréal ?

Cet atelier a pour objectif de consulter des acteurs en ressources humaines, notamment des gestionnaires d'établissements, sur les propositions régionales en matière de main-d'œuvre. Le but recherché est de trouver des solutions afin d'améliorer la santé de nos organisations en matière de ressources humaines. Les propositions étudiées toucheront des thèmes tels l'organisation du travail, la gestion de la présence au travail et la disponibilité des ressources humaines à Montréal.

Procédure

Les participants à cet atelier seront invités par la Régie régionale à se prononcer, en petits groupes, sur les propositions contenues dans le document « *La santé en actions* » et à suggérer les meilleures pistes de solutions pour disposer d'une main-d'oeuvre disponible, en nombre suffisant et améliorer la santé de nos organisations au plan des ressources humaines.

Date et lieu

4 avril 2003
de 9 h 30 à 15 h
Hôtel Holiday Inn Select, Salle de bal - 99, avenue Viger ouest, Montréal (Québec)

Pour les membres du Forum montréalais des partenaires en santé publique.

Forum montréalais des partenaires en santé publique

Le Forum montréalais des partenaires en santé publique, créé par le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDIM) et la Direction de santé publique, représente les différents milieux constitués par les collèges CRDIM auxquels s'ajoutent des représentants de milieux essentiels à l'atteinte des objectifs du Plan d'action montréalais en santé publique. Le Forum a, entre autres mandats, celui de mettre en œuvre les stratégies de communication et de mobilisation intersectorielles nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action montréalais en santé publique. Aussi, dans le cadre de la démarche de consultation et de participation, le Forum parrainera une consultation en trois volets sur le Plan d'action montréalais en santé publique.

1. Le premier volet de la consultation est constitué d'ateliers thématiques autour des axes d'intervention définis dans la proposition d'action de la santé publique. Les membres du Forum sont appelés à participer à des échanges et des débats sur des thèmes choisis afin d'assurer une mobilisation et l'adhésion des partenaires sur ces questions.
2. Les audiences publiques et l'envoi d'avis écrits, organisés par la Régie régionale dans le cadre de sa démarche de consultation, représentent le deuxième volet de la consultation. Les organismes représentés au sein du Forum des partenaires en santé publique peuvent, s'ils le désirent, présenter un avis écrit sur des propositions émanant du document de consultation du Plan d'action montréalais en santé publique et/ou du document de consultation du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être.
3. Le dernier volet de la consultation prend la forme d'une rencontre régionale, à laquelle participent les membres du Forum des partenaires en santé publique afin d'intégrer l'ensemble de ce qui aura été discuté lors des étapes antérieures de la consultation. À l'issue de la consultation, le Forum des partenaires en santé publique transmettra son avis au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de la Régie.

Pour les leaders du réseau et les partenaires régionaux dont les commissions scolaires, les collèges, les universités, les groupes d'experts et la Ville de Montréal.

Rencontres bilatérales d'information et de consultation

Des rencontres d'information avec des partenaires-clés seront organisées par le président-directeur général de la Régie afin de leur faire connaître les orientations majeures de la planification stratégique régionale.

Ces rencontres offriront aux participants l'occasion de donner leur avis sur le Plan d'action montréalais en santé publique et le Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être. Cette démarche vise à faciliter et à susciter des ententes de partenariat fructueuses entre la Régie et ses partenaires.

Procédure

Le président-directeur général sollicitera une rencontre avec les leaders des différents milieux afin de leur exposer la démarche et les enjeux de planification stratégique. Une deuxième rencontre sera organisée par la suite pour discuter plus précisément des objectifs, des actions et des modes de collaboration.

Pour les employés du réseau, les médecins ou toute personne intéressée.

Des moyens électroniques de consultation

Tous les documents de consultation ainsi que des questionnaires permettant de recueillir les bonnes idées et les commentaires seront accessibles sur le site Internet de la Régie régionale au **www.santemontreal.qc.ca**

Tous les avis provenant des Montréalais et des Montréalaises seront acheminés au Forum de la population pour être pris en compte dans la préparation de ses avis.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION SUR LE PLAN MONTRÉALAIS D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE 2003-2006

LA SANTÉ EN ACTIONS

Participants	Activités	Lieux	Dates (2003)
> Groupes représentatifs de la population > Citoyens et citoyennes de Montréal	Avis écrits Audiences publiques	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril de 9 h à 21 h
> Regroupement des groupes communautaires > Syndicats régionaux, associations régionales médicales, regroupements d'établissements et organismes socio-économiques	Avis écrits et audiences publiques Rencontres bilatérales	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril de 9 h à 21 h
> Membres du conseil des partenaires du CRDIM	Ateliers thématiques	Centre St-Pierre 1212, rue Panet Montréal (Québec)	11, 12, 19, 26 mars
	Audiences publiques	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril
	Rencontre		Début mai
> Membres des commissions régionales concernées (CMR, CIR, CMUR) > Membres du Forum de la population	Rencontres d'information et rencontres de consultation	Régie régionale	Mi-mars
> Ville de Montréal > Milieu universitaire et groupes d'experts > Milieu de l'éducation	Rencontres bilatérales d'information et de consultation	Régie régionale ou chez les partenaires	Février-mars
> Employés du réseau	Moyens électroniques de consultation Avis écrits	Courriel www.santemontreal.qc.ca	
	Forum interactif *l'intégration des services : santé physique, santé mentale, jeunesse*	Centre de congrès Renaissance 7550, boul. H.-Bourassa E. Montréal (Québec) Salon Boticelli	2 avril de 9 h à 17 h
> Gestionnaires du réseau (directeurs généraux, directeurs des services professionnels, directeurs des services)	Atelier thématique sur la disponibilité de la main-d'œuvre	Holiday Inn Select 99, avenue Viger ouest Montréal (Québec) Salle de bal	4 avril 9 h30 à 15 h
> Représentants des comités d'usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres jeunesse, des centres de réadaptation, des CLSC et des hôpitaux	Forum de consultation des comités d'usagers	Holiday Inn Select 99, avenue Viger ouest Montréal (Québec) Salle de bal	31 mars de 9 h à 14 h
> Gestionnaires et professionnels des établissements, médecins en clinique médicale appelés à travailler en réseau, organismes communautaires	Forum interactif *l'intégration des services : santé physique, santé mentale, jeunesse*	Centre de congrès Renaissance 7550, boul. H.-Bourassa E. Montréal (Québec) Salon Boticelli	2 avril de 9 h à 17 h
> Directeurs généraux, présidents de c.a., équipes de direction	Rencontres sous-régionales	Dans un établissement de chacune des sous-région	À déterminer

4.
Le réseau montréalais : ses caractéristiques

La mission

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comprend plus de 140 établissements, 435 cabinets ou cliniques médicales ainsi que 530 organismes communautaires subventionnés par la Régie. Près de 90 000 personnes y travaillent quotidiennement, dont 3 200 médecins spécialistes, 2 190 omnipraticiens, 18 200 infirmières, 1 200 travailleurs sociaux et 8 000 autres professionnels.

Avec un budget annuel de près de 4 milliards de dollars, ce réseau complexe et diversifié doit répondre aux besoins tout aussi complexes et diversifiés des Montréalais et des Montréalaises en matière de santé et de services sociaux. En raison de la présence de 4 des grandes universités québécoises et de nombreux établissements à mission universitaire, le réseau montréalais offre également un large éventail de services ultraspécialisés à la population des autres régions du Québec, ainsi que des milieux de formation à une forte proportion des médecins et des professionnels de la santé qui oeuvreront sur l'ensemble du territoire québécois.

Dans ce contexte, la présence et le leadership de la Régie de Montréal sont à la fois essentiels et incontournables pour assurer l'intégration et la continuité des services, de même que la cohérence des interventions des établissements, des professionnels, des groupes et des organisations participant à l'offre de services à Montréal.

Avec un budget d'opération représentant une demie de 1% du budget régional et les responsabilités qu'elle assume dans la gouverne du réseau sociosanitaire, voici le nouvel énoncé de mission de la régie régionale ainsi que ses engagements dans la réalisation de sa mission.

Essentiellement vouée à l'amélioration de la santé et du bien-être des Montréalais et des Montréalaises, la Régie a pour mission de :

- évaluer l'état de santé et de bien-être de la population;
- identifier les besoins et définir l'offre de services sur le territoire;
- initier, guider et participer aux efforts de prévention;
- assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur son territoire;
- faciliter l'accès aux services et la continuité des soins;
- susciter la participation de la population à la gestion du réseau;
- soutenir et coordonner le développement des réseaux universitaires dans les différents volets de leur mission;
- évaluer et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

Dans la réalisation de sa mission, la Régie s'engage à :

- favoriser le développement, le renforcement et l'autonomie des individus et des collectivités;
- agir dans le respect de la population, des membres du réseau et de ses partenaires;
- travailler de concert avec le réseau et avec ses partenaires;
- fonder ses décisions sur la recherche de l'équité et du bien collectif;
- faire preuve de transparence et d'ouverture;
- valoriser et encourager le développement des compétences des personnes qui oeuvrent au sein du réseau;
- optimiser l'utilisation des ressources du réseau montréalais;
- soutenir les efforts d'amélioration et la recherche de l'excellence.

5.
Priorités montréalaises 2003-2006

Nous proposons de concentrer nos efforts sur six grandes priorités :

1. **Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention**
2. **Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises :**
   - jeunesse en difficulté
   - violence
   - prostitution
   - itinérance
   - logement social
   - jeu pathologique
   - alcoolisme et toxicomanie
3. **Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)**
4. **Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés :**
   - doter Montréal d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques disponibles de 8 h à 20 h, 365 jours par année, 7 jours sur 7
   - concentrer dans des centres désignés les activités de chirurgie de la cataracte et de remplacement de la hanche et du genou
5. **Développer des programmes et des réseaux de services intégrés autour des clientèles vulnérables :**
   - personnes âgées en perte d'autonomie
   - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), insuffisance cardiaque, diabète)
   - personnes atteintes de cancer
   - personnes atteintes du SIDA
   - personnes souffrant de maladie mentale
   - personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)
6. **Se doter des plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires :**
   - services d'hébergement et de soins de longue durée
   - services aux personnes ayant une déficience physique
   - services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
   - services en périnatalité

Pour chaque priorité, nous préciserons les résultats attendus en 2006 et les actions proposées pour y arriver.

Les besoins financiers sont identifiés selon qu'il s'agisse de développement budgétaire récurrent, d'une dépense non récurrente, d'un investissement en immobilisation ou en équipement, de l'indexation des dépenses reliée à la croissance annuelle des coûts de services de santé et des services sociaux établis à 2,6 % dans le plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ».

La consultation sur les priorités montréalaises 2003-2006 vise à valider la pertinence des priorités proposées, le degré d'importance à accorder à chacune, la valeur des résultats attendus et notre capacité de les atteindre par les actions proposées et les ressources financières envisagées.

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

Pour atteindre cet objectif, nous nous doterons d'un Plan d'action montréalais en santé publique que nous réaliserons de 2003 à 2006. Ce plan, « *La prévention en actions* », comportera des actions concrètes permettant la consolidation et le développement de mesures efficaces pour prévenir les problèmes de santé et les problèmes sociaux les plus importants à Montréal. Nous travaillerons ainsi à améliorer les résultats de santé et de bien-être montréalais documentés dans le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, « *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal* ».

Le plan d'action propose 16 objectifs regroupés en six axes :

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Pour plus d'information, consulter le document « *La prévention en actions* » Plan d'action montréalais en santé publique.

Les deux premiers axes proposent des stratégies transversales et les quatre autres, des stratégies spécifiques aux domaines de la santé publique suivants : le développement de l'adaptation et de l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé en milieu de travail.

La préoccupation pour la réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé est présente dans plusieurs des actions proposées dans les divers axes. La priorité accordée à cet objectif se concrétisera en particulier à travers les actions proposées dans l'axe 1 qui lui est consacrée. Plusieurs des projets mis de l'avant dans l'axe 3 touchent la réduction des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des aînés et contribueront aussi à l'atteinte de cet objectif.

AXE 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Les actions proposées visent la mobilisation des communautés, la création de milieux favorables à la santé, la promotion de politiques publiques saines, c'est-à-dire qui favorisent l'amélioration de la santé particulièrement par le développement durable en matière de sécurité alimentaire, le développement des communautés et la lutte contre la pauvreté.

AXE 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles

Les actions proposées visent à outiller et à soutenir les omnipraticiens, les professionnels des CLSC ainsi que certains spécialistes pour renforcer le dépistage, l'éducation à la santé et des mesures de protection adaptées.

AXE 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Les actions proposées visent à améliorer et à intégrer les programmes actuels en assurant aux mères, aux pères et aux enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité (grande pauvreté, sous-scolarisation, jeune âge des mères, immigration récente) un soutien intensif. D'autre part, il faut poursuivre le travail avec les décideurs politiques et municipaux pour lutter contre la pauvreté.

Les actions proposées visent simultanément plusieurs stratégies pour améliorer la santé mentale des adultes : mieux connaître les manifestations précoces des troubles et améliorer les pratiques cliniques préventives à l'endroit des personnes en détresse et des aidants familiaux en intégrant mieux la gamme complète des services (première, deuxième et troisième lignes) et en facilitant l'accès aux services aux populations immigrantes.

Les actions proposées visent à promouvoir l'adaptation, en collaboration avec la Ville, des environnements (logements et transports adaptés et accessibles, aménagement urbain convivial et sécuritaire, etc.) en vue de favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés, prévenir l'exclusion et retarder la perte d'autonomie.

AXE 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Les actions proposées visent à encourager des habitudes de vie favorables en aménageant les milieux de vie, notamment par des politiques concertées qui soutiennent la pratique de l'activité physique et une meilleure alimentation, par de meilleures stratégies de prévention du tabagisme et par un plus grand déploiement d'activités préventives des blessures et des chutes chez les aînés.

AXE 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Les actions proposées visent à faire face aux situations urgentes, habituelles ou exceptionnelles, pouvant avoir un impact sociosanitaire, organisationnel ou économique majeur. D'autres proposent d'intensifier les efforts de prévention et de promotion des comportements sécuritaires visant à réduire les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et améliorer l'accessibilité au continuum de services pour les populations vulnérables.

Les actions proposées visent à consolider les services de santé au travail, notamment à soutenir les pratiques cliniques préventives concernant les lésions professionnelles et à répondre à un problème en émergence, les troubles de santé mentale.

Les actions proposées visent à promouvoir, auprès des décideurs, des politiques concertées pour améliorer la salubrité des logements et des milieux institutionnels (écoles, hôpitaux), pour réduire les émissions atmosphériques de sources fixes et mobiles, pour contrôler l'herbe à poux et pour définir des stratégies d'adaptation aux changements climatiques.

AXE 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Les actions proposées visent à assurer un meilleur accès aux données pertinentes, à en produire, à les analyser, à les diffuser auprès des décideurs et des divers partenaires en vue d'éclairer leurs choix, et à évaluer l'impact de l'organisation des services de première ligne sur la santé de la population.

De façon globale, le Plan d'action montréalais en santé publique vise les résultats attendus suivants et nécessite la réalisation des actions proposées.

Les résultats attendus

- Réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé.
- Amélioration des résultats de santé et de bien-être observés dans le rapport annuel 2002 de la Direction de la santé publique, « *La santé urbaine* ».

Les actions proposées

- Optimiser l'utilisation des ressources actuelles de 55,6 M$ consacrées spécifiquement à la prévention et à la santé publique à Montréal.
- Intégrer la prévention dans les activités courantes des médecins, du personnel et des établissements du réseau.
- Consolider et développer, au niveau d'intensité requis, des actions préventives reconnues efficaces, certaines menées par le réseau et d'autres réalisées avec nos principaux partenaires, en matière de santé publique et de prévention (la Ville de Montréal, le milieu scolaire, Centraide et diverses fondations, les organismes communautaires).
- Collaborer à l'arrimage des plans stratégiques des principaux acteurs montréalais visant le développement social, la lutte aux inégalités sociales et à l'exclusion, la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs :
  - Plan stratégique 2003-2006 de la Régie régionale
  - Plan de développement social de la Ville de Montréal et contrat de ville
  - Plans stratégiques des commissions scolaires et Plan d'action pour la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs.
- Élaborer et mettre en œuvre un Plan d'action local en santé publique dans chaque territoire de CLSC.

La réalisation de ces actions nécessitera d'y consacrer des ressources financières additionnelles de 42 M$ à répartir de la façon suivante entre les six axes du projet de Plan d'action montréalais en santé publique :

Ressources financières additionnelles requises

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie	3,1			
Axe 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles	2,8			
Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées	23,6			
Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable	2,8			
Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques	9,2			
Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants	0,5			
Total	**42,0**			

Pour plus de détails, voir annexe 1 du document de support.

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

Nous sommes confrontés à Montréal, comme dans la plupart des grandes villes, à des problèmes sociaux d'une intensité et d'une complexité particulières en raison :

- des clivages socio-économiques et des inégalités sociales plus marqués;
- de la solitude et de l'isolement social qui caractérisent une partie importante de la population;
- de la fragilité du tissu social entourant plusieurs personnes vulnérables comme les tout-petits et les personnes âgées en perte d'autonomie dans certains quartiers;

C'est d'ailleurs l'importance et la complexité de ces problèmes à Montréal qui ont contribué à ce que la lutte à la pauvreté, à l'exclusion et aux inégalités sociales soit une des priorités retenues dans le Contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec.

Bien que Montréal soit un pôle de développement contribuant pour plus de 50 % à la richesse totale du Québec et regroupant près de la moitié des emplois, elle se caractérise aussi par les inégalités sociales et les risques d'exclusion d'une partie de sa population. La dévitalisation de certains quartiers, bien identifiés sur la carte produite par la Ville de Montréal et dans le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, « *La santé urbaine* », accentue les problèmes sociaux auxquels nous sommes confrontés :

- difficultés d'insertion sociale et professionnelle de certaines catégories de personnes dont les jeunes, les immigrants et les personnes appartenant à des minorités visibles;
- paupérisation des personnes seules, des familles monoparentales et des tout-petits;
- itinérance;
- pénurie de logements abordables.

5.2.1 Jeunesse

Favoriser le développement et l'adaptation sociale des jeunes demeure l'un des plus importants défis de la communauté montréalaise. La plupart des indicateurs reliés au développement des enfants et des adolescents démontrent des problèmes plus importants qu'ailleurs au Québec.

De plus, ces problèmes sont concentrés dans les zones prioritaires d'intervention identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement du Québec. Cette concentration est évidente, que l'on regarde la variation des taux de grossesse à l'adolescence à l'intérieur de la ville ou le taux de victimisation, abus, négligence des jeunes.

Cinquante (50) des 125 écoles secondaires de Montréal ont des indices de défavorisation parmi les plus élevés au Québec.

Du côté des interventions et des services aux jeunes, on constate :

- des programmes de prévention efficaces dont l'intensité et l'accès sont insuffisants;
- des stratégies intersectorielles à simplifier, à mieux articuler dans des zones prioritaires communes reconnues par la Ville, l'ensemble des ministères, la Régie régionale, les commissions scolaires et Centraide;

- des services de base sous-développés en CLSC :
- des services difficiles à coordonner, lorsque les situations ne relèvent ni clairement des CLSC ni des centres jeunesse, ni des établissements en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en santé mentale;
- des services spécialisés pour lesquels les délais d'accès à l'évaluation en protection de la jeunesse sont meilleurs que la moyenne provinciale mais en deçà des objectifs nationaux;
- des stratégies d'intervention dont l'efficacité doit faire l'objet d'une évaluation continue.

Pour soutenir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des tout-petits et des jeunes, nous proposons, dans le cadre de notre Plan d'action en santé publique, de réaliser les actions suivantes :

Les résultats attendus

- Diminution des problèmes de développement et d'adaptation sociale chez les enfants vivant dans un contexte de pauvreté.

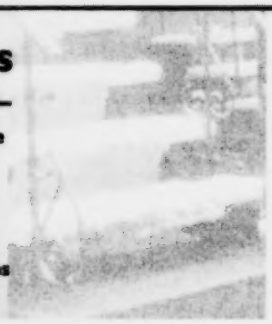
Les actions proposées

Promotion du développement et de l'adaptation sociale des tout-petits

- Déployer, dans les 29 territoires de CLSC, le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance à l'intention des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants vivant en contexte de grande pauvreté, tout en travaillant dans une perspective de santé globale.
- Travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles (sécurité alimentaire, développement social, logement, accès au revenu, à l'éducation et à l'emploi) en particulier avec les CLSC, la Ville, les organismes communautaires.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives chez les médecins, comme la promotion de l'allaitement maternel, le counselling sur les saines habitudes de vie (tabac et alcool) et la stimulation précoce des tout-petits.
- Favoriser des interventions en stimulation précoce (sur les plans moteur, langagier, cognitif et social) auprès des tout-petits, en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires et de concert avec les milieux de garde (programme de type Fluppy).
- Soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant le réseau Amis des bébés dans les services de maternité des centres hospitaliers, les CLSC et les Maisons de naissance.

Les résultats attendus

- Réduction des problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes.
- Réduction des grossesses à l'adolescence.
- Réduction des suicides chez les jeunes.
- Diminution de l'accès à l'alcool chez les moins de 18 ans.



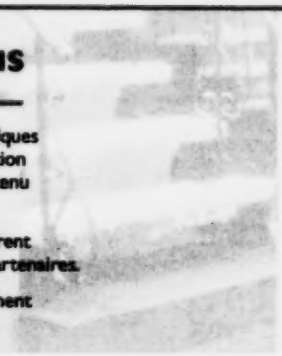
Les actions proposées

Promotion du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des jeunes

- Réduire les problèmes d'adaptation des jeunes :
  - implanter, dans les 29 territoires de CLSC, des plans locaux intersectoriels basés sur des stratégies de développement des compétences personnelles et sociales en milieu scolaire, d'accompagnement intensif des jeunes vulnérables, de soutien aux parents, et d'aménagement de milieux favorables à la santé et au bien-être;
  - en milieu scolaire, poursuivre, en collaboration avec les CLSC, l'implantation des programmes destinés aux jeunes et à leurs parents visant la persévérance scolaire, la promotion de la santé mentale, l'adaptation aux phases de transition, le développement des compétences et la prévention de la violence et des jeux de hasard et d'argent (ex. : programmes de soutien scolaire, outils d'intervention de type *Le Sac à dos*, *Un double saut non périlleux*, *Contes sur moi*, et *VIRAJ, un programme qui vise la prévention de la violence dans les relations amoureuses*, etc.);
  - poursuivre l'implantation de programmes visant à développer l'employabilité, la participation et l'insertion sociale des jeunes (comme *Pères et insertion*, *Freiner la marginalisation*, etc.);
  - favoriser l'accessibilité des programmes et des interventions aux jeunes immigrants .
- Réduire le nombre de grossesses à l'adolescence :
  - établir et suivre le profil des grossesses à l'adolescence;
  - améliorer l'accès à des services cliniques (ex. : cliniques jeunesse), à la contraception orale d'urgence et à des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse;
  - soutenir le développement de pratiques cliniques préventives (ex. : information et counselling en matière de sexualité);
  - intensifier les approches intégrées de prévention.
- Réduire le suicide :
  - établir et suivre le profil des suicides chez les jeunes de Montréal;
  - consolider, par le transfert des connaissances, les interventions intégrées en prévention menées dans les territoires de CLSC en collaboration avec les Centres jeunesse;
  - poursuivre la concertation avec les partenaires régionaux (Table de concertation en prévention des suicides) en vue d'améliorer les pratiques cliniques préventives, comme les protocoles d'évaluation et de suivi des jeunes à risque.
- Promouvoir des politiques publiques saines :
  - appuyer les actions d'influence, comme la promotion de lois et règlements, pour restreindre l'accessibilité à l'alcool chez les moins de 18 ans.

Les résultats attendus

- Assurance d'un suivi en CLSC pour les quelques 4 800 jeunes dont le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse n'est pas retenu chaque année.
- Des services intégrés aux jeunes qui requièrent l'expertise de plusieurs établissements et partenaires.
- 15 jours ou moins de délai entre le signalement et l'évaluation en protection de la jeunesse.



Les actions proposées

Organisation des services aux jeunes

- Mettre sur pied un guichet unique pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les jeunes et les familles, et consolider les services de base dans les 29 CLSC de Montréal.
- Mettre sur pied une équipe locale d'intervention jeunesse sur une base locale réunissant les partenaires du réseau.
- Mettre sur pied des services d'intervention de crise et de suivi intensif en désignant des CLSC responsables d'offrir les services sur une base sous-régionale.

  Des évaluations ont démontré l'efficacité de ces équipes qui interviennent rapidement et de façon très intensive auprès des jeunes, de leur famille et de leur milieu, de façon à résorber la crise et à trouver des solutions autres que le placement, en mobilisant les ressources pertinentes de la communauté.
- Dans le cadre des ententes de gestion, s'assurer de la mobilisation des ressources nécessaires à la réduction des délais d'accès aux services en protection de la jeunesse qui sont actuellement de 19 jours aux Centres jeunesse de Montréal et de 17 jours au Centre Batshaw.
- S'assurer de la mobilisation des ressources nécessaires pour réduire les délais d'accès aux services d'expertise psychosociale à la Cour supérieure en utilisant, de façon optimale, les budgets déjà attribués à cette fin.
- Développer un nombre additionnel de places en ressources intermédiaires et en ressources de type familial afin de répondre aux besoins des jeunes ayant des troubles mentaux.
- Favoriser l'utilisation systématique des plans d'intervention et des plans de services individualisés.
- Appliquer le Programme national de formation en CLSC et en centre jeunesse afin de réduire le recours au placement et de diminuer les séjours en hébergement.
- Développer des programmes pour l'intégration sociale des jeunes de 16 ans et plus ainsi que des ententes et des projets spécifiques en réponse à différents besoins des enfants, des jeunes et des familles, en collaboration avec des partenaires intersectoriels.

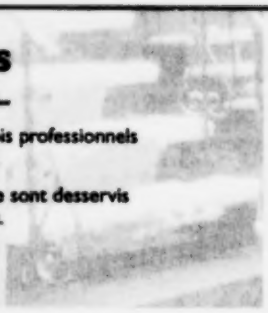
La demande pour les services de pédopsychiatrie est croissante et ce, particulièrement en provenance des partenaires du réseau, notamment les centres jeunesse et les CLSC. Les 10 établissements hospitaliers qui dispensent ces services pour les régions de Montréal et Laval doivent composer avec un accroissement constant de la demande combiné à une pénurie et une diminution des effectifs de pédopsychiatres. De plus, l'utilisation des services de Montréal par les régions limitrophes est en nette croissance et contribue à cette congestion.

Les services de première ligne en santé mentale pour les jeunes sont presque inexistants. Bien que certaines interventions soient réalisées en première ligne, elles sont trop peu nombreuses; dès qu'un cas devient complexe, la tendance est de référer rapidement en deuxième ligne ou alors, d'utiliser l'urgence hospitalière pour obtenir un accès plus rapide aux services. Il est d'ailleurs fréquent que des jeunes patients soient référés en pédopsychiatrie sans évaluation préalable, ce qui contribue à la congestion des services de pédopsychiatrie.

Il existe un cloisonnement important et une absence de liaisons fonctionnelles entre les services de pédopsychiatrie et les établissements ou professionnels du réseau de la santé et services sociaux œuvrant auprès des enfants et des jeunes. Enfin, les ressources d'hébergement des centres jeunesse ne sont pas suffisamment accessibles aux jeunes présentant des pathologies particulièrement sévères. Cette situation entraîne une prolongation de l'hospitalisation de ces jeunes bien qu'ils aient obtenu leur congé. L'hospitalisation est donc souvent utilisée à des fins d'hébergement.

Les résultats attendus

- La disponibilité d'un pédopsychiatre et de trois professionnels pour 10 000 jeunes dans chaque sous-région.
- Les jeunes hébergés dans les centres jeunesse sont desservis en pédopsychiatrie par des hôpitaux désignés.
- Des services de base en santé mentale pour les jeunes dans tous les CLSC.



Les actions proposées

Organisation des services de pédopsychiatrie

- Désigner trois regroupements de services et départements de pédopsychiatrie (Est, Ouest, Centre-Nord) et attribuer les mandats sectoriel (clinique externe) et sous-régional (urgence, hospitalisation et hôpitaux de jour) à chaque regroupement de services de pédopsychiatrie.
- Choisir à cette fin, suite à la consultation, un scénario répondant aux principes décrits à l'annexe 3 du document de support.
- Élaborer pour chaque regroupement, un plan d'organisation des services et un plan d'effectifs en pédopsychiatrie et en ressources professionnelles pour les mandats sectoriel et sous-régional.
- Attribuer un mandat régional pour les services de consultation, d'évaluation/diagnostique et de traitement pour la clientèle des jeunes hébergés en centres jeunesse.
- Mettre sur pied, au sein de chaque centre jeunesse (Montréal, Batshaw et Laval), une équipe soutien en santé mentale, en liaison avec le service ou département de pédopsychiatrie désigné.
- Assurer la présence d'un intervenant pivot lié à l'offre de services de santé mentale dans chaque CLSC, en liaison avec les équipes de cliniques externes de pédopsychiatrie.
- Élaborer un programme de formation en santé mentale des jeunes pour les intervenants des CLSC et des centres jeunesse.
- Implanter un mécanisme de liaison/consultation entre les équipes de cliniques externes de pédopsychiatrie, les équipes de CLSC et les équipes territoriales des centres jeunesse.
- Développer un outil de référence vers les services de pédopsychiatrie, pour les CLSC et les centres jeunesse.

5.2.2 Problèmes sociaux montréalais

Tout en accordant une très haute priorité au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants et des jeunes Montréalais, nous devons, avec nos principaux partenaires, identifier et appliquer les meilleures solutions possibles aux principaux problèmes sociaux de Montréal. Ces problèmes d'itinérance, de prostitution, de violence conjugale, d'agressions sexuelles, de jeu pathologique, d'alcoolisme et de toxicomanie sont souvent interreliés et affectent des multiples façons les personnes concernées et leurs proches. Comme l'a confirmé le Conseil québécois de la santé et du bien-être, la région de Montréal se démarque du reste du Québec quant à l'incidence des problèmes sociaux. Ces problèmes sociaux interreliés sont particulièrement exacerbés au centre-ville de Montréal.

Les résultats attendus

- Amélioration de l'intégration sociale et de la coordination des services des jeunes de la rue, des personnes itinérantes, des prostitué(e)s de rue.
- Amélioration de l'accès aux services d'orientation rapide en situation de crise pour les victimes de violence conjugale et les conjoints agresseurs et pour les victimes d'agression sexuelle.
- Amélioration de l'accès à des services de traitement et de soutien dans leur milieu pour les joueurs en difficulté et leur famille.
- 500 logements sociaux avec support communautaire.

Les actions proposées

Itinérance

- Réduire l'incidence de l'itinérance par la prévention de la marginalisation et de l'exclusion sociale chez les jeunes :
  - consolider les services cliniques auprès des jeunes de la rue;
  - élaborer et diffuser un outil de repérage de la clientèle à risque de devenir itinérante et intervenir plus tôt;
  - consolider les ressources communautaires d'hébergement des jeunes en difficulté par un financement additionnel récurrent.
- Assurer une réponse permanente et continue aux besoins des personnes itinérantes en matière de santé, de services sociaux, d'insertion sociale et d'hébergement :
  - élaborer, d'ici septembre 2003, un plan d'action intersectoriel en itinérance et signer un protocole d'entente avec la Ville de Montréal;
  - augmenter le nombre de places d'hébergement d'urgence pendant la saison froide;
  - consolider les services de l'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs;
  - mettre sur pied un service d'urgence sociale et de coordination des services accessibles 24 heures par jour;
  - consolider les services offerts par les organismes communautaires d'hébergement.

Les actions proposées (suite)

Prostitution

- Réduire les méfaits associés aux conditions de vie difficile des prostitué(e)s de rue en améliorant les services qui leur sont offerts :
  - accès aux services de base et d'urgence;
  - accès à des programmes de prévention et à des services adaptés.

Logement social

- Faire du logement social le point d'ancrage des démarches d'insertion des personnes vivant des problèmes multiples :
  - mettre en œuvre le protocole d'entente Régie régionale - Ville de Montréal - Société d'habitation du Québec et ministère des Affaires municipales et de la Métropole sur le financement du support communautaire en logement social auprès des sans-abri;
  - assurer le financement requis à la mise sur pied des services de support communautaire nécessaires à la réalisation de la totalité des 500 unités de logements sociaux prévues.

Violence

- Renforcer le continuum de services en matière de violence conjugale :
  - intensifier les activités de dépistage et de référence appropriées à l'intention des personnes aux prises avec la violence conjugale en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables : les enfants exposés à la violence conjugale, les jeunes parents, les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - intensifier l'intervention rapide en situation de crise (24-48 heures après l'agression) auprès des victimes et des agresseurs;
  - consolider et développer les services de base pour les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés et les agresseurs.
- Renforcer le continuum de services en matière d'agressions à caractère sexuel :
  - consolider et développer les activités reliées au dépistage et à la référence appropriée des victimes d'agression sexuelle;
  - améliorer l'intervention en situation de crise;
  - consolider les services de base disponibles pour les victimes et les agresseurs.

Jeu pathologique

- Élaborer et implanter une stratégie régionale de promotion du jeu responsable et de prévention en matière de jeu pathologique.
- Développer des outils d'information et de sensibilisation sur les risques associés au jeu pathologique et sur les facteurs de protection.
- Doter chaque CLSC d'un programme de dépistage et d'intervention brève auprès des personnes vulnérables en complément aux services de dépistage et d'intervention précoce en alcoolisme et toxicomanie.
- Rendre accessible aux joueurs en difficulté et à leur famille, un continuum de services intégrés : accueil, évaluation, orientation, traitement, soutien, réinsertion sociale.

5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie

Pour compléter le réseau des services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, nous proposons de réaliser les actions suivantes d'ici 2006 :

Les résultats attendus

- Un programme de prévention dans tous les CLSC de Montréal.
- Une augmentation de 49 à 69 des places disponibles dans les services de désintoxication.
- Un accès accru au traitement de maintien à la méthadone.

Les actions proposées

- Intensifier les actions en amont des problèmes d'adaptation sociale et prévenir l'aggravation des problèmes liés à l'usage des substances psychotropes :
  - élaborer et diffuser un rapport annuel sur l'épidémiologie des toxicomanies à Montréal;
  - réviser et généraliser le programme régional de prévention en passant de 16 à 29 CLSC;
  - supporter et financer l'intervention préventive dans les milieux à risque (ex. : *rave parties*);
  - intervenir auprès des buveurs excessifs en supportant le programme régional Alcochoix.
- Améliorer le dépistage et l'action précoce en première ligne :
  - favoriser la formation des intervenants des centres jeunesse sur l'intervention en toxicomanie;
  - rendre disponibles des services de dépistage et d'intervention précoce en CLSC;
  - intégrer l'intervention en toxicomanie à l'intérieur du programme « *Soutien aux jeunes parents* ».
- Compléter la gamme de services spécialisés et favoriser l'insertion sociale des personnes toxicomanes :
  - augmenter le nombre de places en désintoxication de 49 à 69;
  - consolider les services internes pour les jeunes anglophones et francophones;
  - développer les services spécialisés pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale associés à leur toxicomanie;
  - consolider les services de formation et d'expertise de la clinique Cormier-Lafontaine;
  - offrir des services en toxicomanie aux personnes judiciarisées afin d'assister le tribunal dans l'orientation des personnes toxicomanes;
  - développer des services en toxicomanie dans les trois établissements de détention de Montréal;
  - créer des ressources intermédiaires pour l'hébergement des personnes âgées toxicomanes.
- Élargir l'accès aux services de traitement de maintien à la méthadone :
  - assurer un financement récurrent et consolider les services de traitement de maintien à la méthadone;
  - supporter les équipes des CLSC en assurant la formation des médecins, des infirmières et des intervenants sociaux pour la prise en charge des patients stabilisés;
  - supporter le traitement de maintien à la méthadone à l'établissement de détention de Montréal.
- Assurer l'accès des personnes cocaïnomanes à des services adaptés :
  - créer des lieux d'insertion sociale pour les personnes cocaïnomanes;
  - mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pour offrir des services adaptés à cette clientèle;
  - mener une étude de faisabilité quant à l'implantation de sites d'injection assistée pour prévenir la propagation des infections (VIH, VHC).

Ressources financières additionnelles requises

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.2.1 Jeunesse	20,0			
5.2.2 Problèmes sociaux urbains	6,6			
5.2.3 Alcoolisme-toxicomanie	5,1			
TOTAL	**31,7**			

La réalisation des mesures mises de l'avant pour cette priorité nécessiterait un ajout budgétaire de 31,7 M$ récurrents, d'ici 2006.

Ces mesures permettront de compléter ce que nous avons déjà amorcé grâce aux budgets additionnels reçus cette année :

- 4 M$ pour assurer l'implantation du Programme de soutien aux jeunes parents;
- 2,5 M$ pour améliorer les services de première ligne destinés aux jeunes de 6 à 17 ans.

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

Notre troisième priorité est de développer, sur l'ensemble du territoire, un réseau de services médicaux et psychosociaux de première ligne :

- accessibles 24 heures / 7 jours;
- garantissant la continuité des services;
- assurant la prise en charge des clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive (maladie pulmonaire, insuffisance cardiaque, diabète), personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes nécessitant des soins palliatifs.

5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006

La mise sur pied, en trois ans, de 58 GMF, soit en moyenne deux par territoire de CLSC, permettrait la prise en charge de 700 000 à 870 000 personnes, soit de 39 à 48 % de la population montréalaise.

Les résultats attendus

- Présence de 58 groupes de médecine de famille (GMF).

Les actions proposées

- Assurer le démarrage et le financement récurrent des GMF par un investissement initial de 29 M$ et une injection annuelle de 34,8 M$.
- Assurer le recrutement, par les CLSC et les GMF, de 116 infirmières.
- Assurer la liaison électronique des GMF avec les CLSC, les ressources diagnostiques (laboratoire, radiologie) et les hôpitaux.
- Assurer la mobilisation, vers des GMF, de 464 à 580 des 1 145,2 médecins omnipraticiens exerçant en soins de première ligne à Montréal, soit de 40 à 50 % de l'effectif. Par rapport à l'ensemble des 1 747,4 médecins omnipraticiens ETP exerçant dans le domaine clinique, cela représenterait de 26 à 33 % de l'effectif.

5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures

Les résultats attendus

- Des services infirmiers et psychosociaux 7 jours sur 7 dans tous les CLSC.
- Des services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours sur 7 dans tous les CLSC.
- L'accès à chaque CLSC 80 heures/semaine.
- Un accès en moins de 4 minutes à Info-Santé.
- Des soins psychosociaux intégrés à Info-Santé.

Les actions proposées

- Assurer 80 heures d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'intervention en soins infirmiers et en services psychosociaux incluant les troubles transitoires de santé mentale.
- Doter tous les CLSC de services de prélèvement sans rendez-vous.
- Assurer une garde en soins infirmiers 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables.
- Réduire les délais d'accès aux services téléphoniques Info-Santé CLSC : traiter 90 % des appels en moins de 4 minutes.
- Ajouter à Info-Santé CLSC un service téléphonique Info-Social, accessible 24 heures par jour, pour les personnes ayant des problèmes psychosociaux.

Ressources financières additionnelles requises

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF)	34,8		29,0	
5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles sept jours par semaine pour un total de 80 heures	30,0			
TOTAL	**64,8**		**29,0**	

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

5.4.1 Services d'urgence

La diminution de l'encombrement et de la durée de séjour dans les salles d'urgence demeure une priorité à Montréal, où nous avons beaucoup de travail à faire pour atteindre les objectifs fixés.

Dans le cas des salles d'urgence, le diagnostic demeure valide. Le véritable enjeu est de se donner la capacité de mettre en œuvre les solutions nécessaires en amont de la salle d'urgence, dans l'hôpital, et en aval de la salle d'urgence et de l'hôpital.

Les conditions de succès apparaissent meilleures maintenant :

- Ententes avec les médecins permettant la mise sur pied de groupes de médecine de famille (GMF).
- Financement disponible pour le lancement et le fonctionnement des groupes en liaison avec les CLSC pour les soins infirmiers.
- Perspective de financement additionnel important pour les services de première ligne et les personnes en perte d'autonomie.
- Négociation d'ententes de gestion avec les hôpitaux permettant de convenir des volumes de soins attendus et des objectifs prioritaires en fonction des ressources octroyées.

Ces nouveaux éléments nous amènent à proposer la réalisation des actions suivantes pour améliorer la situation dans les salles d'urgence montréalaises.

Les résultats attendus

- La réduction de 30 % des visites à l'urgence.
- Des services diagnostiques accessibles rapidement en première ligne.

Les actions proposées

En amont des services d'urgence

- Mettre sur pied un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques accessibles en première ligne, de 8 heures à 20 heures, 365 jours par année.

  Pour ce faire, nous proposons de désigner, parmi les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF) et les CLSC, 30 points d'accès rapide, accessibles sans rendez-vous de 8 heures à 20 heures, à longueur d'année. Parmi les 30 points de services, nous proposons d'en désigner certains qui offriraient un service d'échographie.

Les résultats attendus

- La réduction des séjours de plus de 48 heures de 9,8 % à 0 %

Les actions proposées

Dans l'urgence et dans l'hôpital

- Obtenir l'engagement ferme des établissements à considérer l'urgence comme prioritaire et changer la culture hospitalière dans cette perspective.
- Convenir avec les hôpitaux, dans le cadre des ententes de gestion, des volumes de soins attendus en relation avec les ressources allouées, des objectifs à atteindre dans les services d'urgence et en matière de gestion optimale des lits.
- Désigner des salles d'urgence pour la thrombolyse des patients ayant un accident vasculaire cérébral (AVC).
- Se doter d'un fonds non récurrent de 45 M$ permettant des ajustements ponctuels (achat de places de réadaptation ou d'hébergement) à l'offre de services pour permettre de tenir compte des variations saisonnières de l'achalandage des salles d'urgence .
- Créer une banque permettant d'allouer des jours présence additionnels à des hôpitaux, en fonction de la progression vers l'atteinte des objectifs à la salle d'urgence.
- Mettre en œuvre, dans tous les hôpitaux, des projets de réorganisation du travail visant une utilisation optimale de la main-d'œuvre.

  Il est important de faire preuve d'initiative dans ce domaine pour contourner l'effet des pénuries de personnel et assurer le volume de services requis.

  Il est de plus reconnu que certaines personnes exécutent des tâches qui pourraient être accomplies par d'autres types de personnel. Cette réalité agit défavorablement sur la motivation des employés qui se sentent sous-utilisés. Des actions structurées de rééquilibre auraient pour effet de revaloriser ces personnes et d'assurer une meilleure utilisation de leurs compétences.

  L'adoption toute récente de la nouvelle Loi modifiant le code des professions (Loi 90) ouvre de nouvelles possibilités en ce sens, puisqu'elle autorise certains types de personnel à effectuer de nouvelles tâches.

  La Régie régionale continuera à soutenir des projets concrets en établissement, permettant de revoir le rôle de l'ensemble du personnel aux soins, et plus particulièrement, celui de l'infirmière, pour une meilleure utilisation de ses compétences. Il faudra de plus en plus miser, dans cette réorganisation, sur une stratégie visant à doter le personnel d'outils de travail plus performants, en utilisant tout le potentiel des nouvelles technologies, en particulier au plan des systèmes d'information, de l'informatique et de l'automatisation.
- Revoir, dans le contexte de l'organisation future du CHUM et du CUSM, l'offre de services d'urgence dans le Centre-Est et le Centre-Ouest de Montréal.

  L'intégration à terme du CHUM et du CUSM dans des sites uniques à la fine pointe de la technologie, requise pour assurer pleinement leur vocation de soins ultraspécialisés, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, entraînera une augmentation de la proportion des soins tertiaires et quaternaires dispensés dans ces nouveaux environnements.

Les actions proposées (suite)

En contrepartie, la proportion des soins de niveaux 1 et 2 pouvant être prodigués avec qualité et à des coûts moindres dans la plupart des hôpitaux de Montréal et des régions voisines devrait diminuer.

L'évolution du CHUM et du CUSM vers une vocation académique de plus en plus orientée vers la livraison des soins ultraspécialisés, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies entraînera la mise sur pied, dans ces environnements, d'une salle d'urgence à vocation académique et locale et non pas d'une urgence à très haut débit.

En conséquence, pour améliorer la performance du réseau montréalais des services d'urgence, et pour être en mesure de répondre au volume prévisible de visites à l'urgence (qui se situe actuellement dans les urgences générales à 681 952 visites par année), avec un taux de croissance des patients sur civière de 8 % depuis 1997-1998, il faudrait conserver :

- un hôpital de 350 lits au Centre-Est de Montréal, avec une salle d'urgence majeure ouverte sur la communauté et capable de recevoir 75 000 visites par année;
- un hôpital de 268 lits au Centre-Ouest, aussi avec une importante salle d'urgence capable de recevoir 57 000 visites par année.

Une fois prise, cette orientation permettra de recalibrer la contribution attendue des autres services à l'intérieur d'un réseau montréalais de services d'urgence et de définir, de façon précise, la mission et la contribution des salles d'urgence qui seront construites dans les nouveaux bâtiments du CHUM et du CUSM. Cela permettrait aussi de prendre rapidement les décisions appropriées concernant les hôpitaux et les salles d'urgence actuels du centre-ville, notamment au plan des immobilisations et des équipements.

Dans cette perspective, on pourrait désigner, à court terme, deux autres hôpitaux dans le Centre, le Nord ou l'Est de Montréal, avec une mission principale reliée aux soins d'urgence, diminuant ainsi la pression de la demande sur les centres universitaires.

- Assurer l'implantation, dans toutes les salles d'urgence, d'un système d'information permettant le monitorage et l'analyse des services et facilitant l'identification des correctifs à apporter à court, moyen et long terme, à partir de données probantes.
- Collaborer avec les groupes universitaires de recherche sur les urgences de façon à :
  - faciliter l'accès aux données pertinentes à la recherche appliquée sur les urgences et à l'évaluation des mesures envisagées ou prises pour améliorer la performance des salles d'urgence;
  - mieux intégrer et synthétiser les données probantes et les connaissances relatives aux urgences;
  - prendre les décisions basées sur la connaissance disponible et appuyées sur des données probantes;
  - faciliter l'intégration des données nécessaires à l'étude des phénomènes relatifs à l'urgence;
  - exploiter tout le potentiel des systèmes d'information reliés aux urgences.
- Réaménager et agrandir les 10 salles d'urgence qui le nécessitent.

En aval de l'urgence et de l'hôpital

- Accroître les services à domicile et les services d'hébergement dans la communauté visant les personnes âgées en perte d'autonomie.
- Augmenter l'accès aux soins palliatifs à domicile.
- Développer les soins postopératoires et la réadaptation à domicile.
- Accélérer l'accès aux services de réadaptation.

Projets de réaménagement des 10 salles d'urgence : + 68 civières

Hôpital	Immobilisations (M$)	Budget fonctionnel additionnel (M$)	Étapes de réalisation
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	32,0	2,350	Concept déposé et requérant un rehaussement budgétaire par le ministère
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	25,7	0,570	Concept déposé et en cours d'analyse; modification au sous-sol à l'étude
Hôpital Santa Cabrini	22,7	0,380	Concept approuvé et requérant un rehaussement budgétaire par le ministère pour poursuivre
Centre hospitalier de Verdun	13,1	0,171	Préliminaires acceptées et recommandation d'un rehaussement budgétaire et d'une émission de décret
Hôpital Ste-Justine	9,2	0,184	Projet avec décret de réalisation - plans et devis définitifs en cours
L'Hôtel-Dieu du CHUM	3,4	- - -	En cours de réalisation - enveloppe fermée
Institut de cardiologie de Montréal	16,9	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003 en attente de mise à l'étude
Centre hospitalier de Lachine	1,0	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
Centre hospitalier Fleury	2,0	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
Hôpital Jean-Talon	1,6	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
TOTAL	**127,6**	**3,655**	

5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés

Une seconde priorité en matière d'accès aux services médicaux spécialisés est d'assurer les traitements requis pour les patients à l'intérieur des délais recommandés.

Les résultats attendus

Des délais d'accès plus courts pour les services spécialisés

Cardiologie	- hémodynamie :	< 1 mois
	- électrophysiologie :	< 3 mois
	- chirurgie cardiaque :	< 3 mois
Oncologie	- chirurgie oncologique :	< 1 mois
	- radio-oncologie :	< 3 mois
Orthopédie	- remplacement de hanches et de genoux :	< 3 mois
Ophtalmologie	- rétinopathie :	< 1 mois
	- chirurgie de la cataracte :	< 6 mois

Les actions proposées

- Octroyer un financement additionnel ciblé pour ramener les listes d'attente aux délais d'accès recherchés et pour financer la croissance de la demande d'ici 2006 en respectant les délais recommandés.
- Désigner deux centres de la cataracte en milieu hospitalier répondant aux paramètres suivants :
  - un volume d'activité annuel de 7 000 à 10 000 cas en chirurgie d'un jour dans chaque centre;
  - toutes les phases du processus s'y dérouleraient : préadmission, intervention chirurgicale, soins postopératoires;
  - un des centres serait relié au réseau universitaire de McGill et l'autre au réseau de l'Université de Montréal;
  - des centres satellites seraient maintenus pour soutenir le volume supplémentaire requis.
- Concentrer les activités de remplacement de la hanche et du genou et réorganiser le continuum de services afin :
  - d'augmenter le nombre d'interventions pour répondre aux besoins dans les délais prescrits;
  - de diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier des arthroplasties de la hanche et du genou à 7,3 jours; actuellement, elle varie de 7,4 à 13,2 jours selon l'hôpital;
  - d'atteindre 50 % de retour à domicile, en toute sécurité, au congé hospitalier d'ici 2005.
- Retenir un scénario de concentration des activités dans un nombre limité de centres hospitaliers, suite à un appel de propositions, pour déterminer la meilleure approche, pour atteindre le meilleur rapport qualité-prix, dans un environnement sécuritaire.
- Augmenter le volume de chirurgies en récupérant les capacités opératoires excédentaires disponibles dans certains hôpitaux.

La désignation d'hôpitaux où seraient concentrés certains services spécialisés se fera dans le respect des principes recommandés par la Commission médicale régionale dans son avis de décembre 2002 sur le Plan d'organisation des services médicaux spécialisés (annexe 4 du document de support).

	Hausse de volumes annuels visés d'ici 2006	Volume annuel projeté en 2006	Volume additionnel produit de 2003 à 2006	Coût prévu du volume additionnel (M$) 2003-2006	Budget annuel requis en (M$) 2005-2006
Chirurgie cardiaque et cardiologie tertiaire					19,3
Chirurgie cardiaque :	+ 400	6 000/an	1 087	18,1	
Correction de sous-financement				12,6	
Tuteurs coronariens	+ 541	9 372/an	1 075	1,2	
Hémodynamie-angioplastie	+ 1 320	22 885/an	3 416	7,3	
Défibrillateurs	+ 180	433/an	344	8,0	
Sous-total chirurgie cardiaque				**47,2**	
Orthopédie : remplacement de hanche et de genou	+ 1 400	3 775/an	4 621	51,0	15,0
Ophtalmologie : cataractes, rétinopathies	+ 9 800	28 800/an	26 250	29,6	10,9
Hémodialyse (traitement pré-dialyse)	+ 36 000	225 000/an	70 753	15,1	7,2
Transplantation d'organes et greffes	+ 30 greffes rénales	186/an	82,0	30,5	11,0
	+ 17 greffes pulmonaires	54/an	47,0		
	+ 15 greffes de foie	105/an	42,0		
	+ 20 greffes de moelle osseuse	226/an	54,0		
Neurostimulateurs	+ 25	45/an	70,0	1,1	0,4
Chirurgie oncologique et radio-oncologie				9,3	3,9
Imagerie médicale	+ 6 résonances magnétiques			13,8	6,3
	+ 2 tomographes pour émission de positrons (TÉP)				
Médicaments onéreux * et programmes spéciaux *				3,9	1,6
TOTAL				**201,5**	**75,6**

Note : Médicaments onéreux : cystiamine, phenylbutirate, interféron Gamma 1B, par exemple
Programmes spéciaux : hémoglobinopathie et thalassémie, dépistage de l'anémie falciforme, cardiopathie congénitale adulte

La production de volumes additionnels requis de 2003 à 2006, pour assurer l'accès à des services médicaux à l'intérieur de délais recommandés, nécessitera des déboursés de 201,5 M$ au cours de la période. Soutenir la production du volume atteint en 2005-2006 nécessitera un budget annuel de 75,6 M$.

Les hausses de volumes indiquées sont nécessaires pour respecter les délais cliniques et répondre à la fois à la demande de la population montréalaise et à celle des autres régions du Québec dans ces domaines.

Nombre et pourcentage pour certaines chirurgies réalisées à Montréal selon la provenance du patient. Données sur deux ans (1999-2000 et 2000-2001)

Opération	Régions voisines		Autre régions		Montréal		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Angioplastie	5005	46	1611	15	4246	39	10862
Pontage coronarien	3433	50	973	15	2421	35	6827
Cataracte	7824	24	623	2	24015	74	32462
Prothèse genou	623	33	60	3	1225	64	1908
Prothèse hanche	712	31	87	4	1510	65	2309
Total	**17597**	**32,4**	**3354**	**6,2**	**33417**	**61,4**	**54368**

Régions voisines : Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie

Ainsi, en ce qui concerne les angioplasties, 61 % des interventions sont faites pour des personnes provenant des autres régions du Québec. Ce pourcentage atteint 65 % pour les pontages coronariens. Même dans le cas de la chirurgie de la cataracte, 26 % des interventions sont faites pour des personnes provenant des régions voisines.

Compte tenu de ces particularités, ce type de priorité nécessite une approche particulière quant à son financement. Deux sources de financement sont identifiées dans le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ».

- Une enveloppe non récurrente de 162 M$, pour le respect des délais d'accès pour les services médicaux spécialisés.
- Un taux d'indexation de 2,6 %, pour financer les hausses des coûts spécifiques au secteur de la santé et des services sociaux.

Compte tenu des besoins relatifs de la population montréalaise et celle des autres régions quant à l'accès à ces services prioritaires offerts à Montréal, nous pensons que 65 M$ du fonds national devrait être octroyés à cette fin. Le solde nécessiterait d'y allouer, sur trois ans, 136,5 M$ sur une base déboursés à partir de l'indexation des crédits régionaux, soit 60,9 M$ en 2004-2005 et 75,6 M$ en 2005-2006.

Par contre, il y a une possibilité à valider, à l'effet que les concentrations envisagées en ophtalmologie et en orthopédie amènent une diminution des coûts unitaires estimés aujourd'hui à 1 100 $ pour une chirurgie de la cataracte, à 11 000 $ pour un remplacement de hanche et à 10 600 $ pour le remplacement d'un genou. Par exemple, sur trois ans, uniquement sur le volume additionnel prévu, une baisse de 10 % du coût unitaire représente une économie de 3 M$. Une projection sur le volume annuel total projeté à 28 800 chirurgies de la cataracte en 2005-2006 permettrait des économies annuelles récurrentes de 3,1 M$.

Nous explorerons, au cours de la période de consultation, toutes les avenues nous permettant de diminuer les coûts unitaires dans ces domaines en maintenant la qualité des services. Cela faciliterait beaucoup la production des services additionnels requis pour répondre à la demande dans les délais recommandés.

5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé

Les stratégies proposées pour améliorer l'accès à certains services médicaux spécialisés nous amèneront à réfléchir sur la pertinence de procéder à des désignations ou à des concentrations de certains services dans deux spécialités : l'ophtalmologie et l'orthopédie. Cette réflexion doit tenir compte de l'organisation générale de ces spécialités à Montréal, des interrelations avec les autre spécialités et de leur contribution aux réseaux universitaires. De même, les propositions mises de l'avant pour réorganiser les services médicaux de première ligne nécessitent de repenser l'interface omnipraticiens-spécialistes, dans un réseau d'accessibilité aux services médicaux à Montréal.

Il nous paraît préférable de traiter ces questions dans le cadre d'une approche intégrée plutôt que de les traiter à la pièce, sans lien avec le développement des réseaux universitaires et les projets d'avenir concernant le CHUM et le CUSM.

Dans cette perspective d'intégration, la Commission médicale régionale a adopté un avis devant guider l'élaboration d'un Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux. Dans cet avis (voir annexe 4 du document de support), qui fait partie de la présente consultation, la Commission médicale fait des recommandations portant sur des éléments importants pouvant servir de base à l'élaboration d'un plan d'organisation régional en médecine spécialisée.

Les dispositions actuellement en vigueur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux renforcent la nécessité de se doter d'un processus et d'un plan intégrés d'organisation des services médicaux spécialisés, si l'on veut adopter des plans d'effectifs et des plans d'organisation cohérents dans les hôpitaux pour chacune des 34 spécialités médicales. Les dispositions prévues dans le projet de loi 142 (2002, chapitre 66), adoptée et sanctionnée en décembre 2002, mais non encore en vigueur, vont dans la même direction.

Ces plans d'organisation et d'effectifs auront aussi à être élaborés dans les établissements universitaires dans le contexte de la mise sur pied, à Montréal, de deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), l'un rattaché à l'Université McGill et l'autre, à l'Université de Montréal.

En effet, suite au rapport Carignan, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié le leadership de ces réseaux universitaires montréalais en santé à la Régie régionale qui aura la responsabilité d'assurer leur mise sur pied et leur permanence.

Pour renforcer la synergie entre le réseau de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, la Régie régionale propose la mise sur pied d'un comité de coordination des RUIS montréalais, auxquels participeront les principaux dirigeants des deux réseaux. Déjà, il y a des partenariats importants en développement entre le CHUM et le CUSM, notamment en ce qui a trait aux systèmes et aux technologies de l'information. De même, ces institutions ont décidé d'assumer conjointement leur mandat d'évaluation des technologies.

Le ministre a aussi indiqué son adhésion au principe d'implanter graduellement des plans de pratique et des plans de carrière pour les médecins œuvrant dans les centres universitaires.

Les travaux des RUIS amèneront à préciser les besoins au plan des activités et des ressources qui sont requises à des fins académiques, d'enseignement et de recherche.

Des plans régionaux d'organisation de services

La Régie régionale entreprendra sous peu l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services pour chacune des spécialités médicales. Compte tenu de la complexité du milieu montréalais, l'élaboration de l'ensemble des plans se déroulera sur une période de 18 mois à compter du printemps 2003, en tenant compte de l'avis de la Commission médicale régionale à ce sujet.

Afin de pouvoir démontrer, sur des bases solides, nos besoins en effectifs médicaux, il nous faut réaliser la programmation de nos plans régionaux d'organisation de services (PROS).

Ultimement, ce sont les PROS qui fixeront nos objectifs d'accessibilité et de volume de services, de diversité de pratique, de hiérarchisation et de continuums de soins.

Ressources financières additionnelles requises

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Services d'urgence				
Réseau d'accès rapide aux services diagnostiques	17,0			
Urgences hospitalières				
- désignation des urgences pour la thrombolyse de patients avec AVC				1,5
- fonds d'ajustement pour répondre aux variations saisonnières et banque de jours présence		45,0		
- rénovation de 10 urgences			127,6	3,6
- systèmes d'information	0,2	0,5		
Mise en service de deux centres ambulatoires (Hôpital du Lakeshore et Hôpital Maisonneuve-Rosemont)				11,0
Accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés		65,0		75,6
TOTAL	**17,2**	**110,5**	**127,6**	**91,7**

L'atteinte de notre objectif exigera des développements récurrents de 17,2 M$ destinés presque en totalité au financement du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques. L'atteinte des objectifs proposés exigera en outre d'y allouer des fonds non récurrents de 110,5 M$ et d'y affecter 91,7 M$ provenant de l'indexation des budgets. Si le taux d'indexation retenu était de 2,6 %, l'ajout budgétaire atteindrait 107 M$ en 2003-2006 et 321 M$ en 2005-2006, et permettrait de financer cette priorité. Elle nécessite à elle seule une indexation du budget régional de 0,8 %. Clairement, ces sommes seront nécessaires pour faire face à la croissance ou la demande en chirurgie cardiaque, chirurgie de la cataracte, remplacement de la hanche et du genou, hémodialyse et radio-oncologie.

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables

La mise sur pied de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables nécessite la contribution d'un ensemble de professionnels qui répondent à divers aspects des besoins d'un individu de façon complète et continue. Nous partageons le point de vue de Lise Lamothe qui affirme dans, « La recherche de réseaux intégrés, un appel à un renouveau de la gouverne », que : « *Le défi, qui est au centre de cette réorganisation, consiste à repenser l'organisation de la production de soins et de services, de façon à intégrer les activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont éclatées* ».

En effet, la mise sur pied de réseaux de services intégrés à Montréal nécessite de tisser (au bénéfice des patients) des liens fonctionnels entre les médecins de famille, les CLSC, les services diagnostiques (laboratoire, imagerie médicale), les services médicaux et hospitaliers spécialisés et les services de réadaptation. Il ne s'agit pas tant de tisser des liens entre les établissements mais surtout entre les professionnels eux-mêmes.

Les résultats attendus

- La réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations chez les clientèles vulnérables.
- L'augmentation de la satisfaction des personnes rejointes.
- Le maintien dans la communauté des personnes vulnérables.

Les actions proposées

- Développer des programmes et des réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables :
  - personnes âgées en perte d'autonomie
  - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives :
    - maladie pulmonaire obstructive chronique
    - insuffisance cardiaque
    - diabète
  - personnes atteintes de cancer
  - personnes atteintes du VIH-SIDA
  - personnes souffrant de maladie mentale
  - personnes ayant des troubles envahissants du développement.
- Assurer, à chaque composante du réseau, le niveau approprié de ressources pour jouer son rôle :
  - comment demander aux groupes de médecine de famille (GMF) d'assurer, au profit de leurs patients vulnérables, la liaison continue avec les programmes pertinents disponibles en CLSC s'il n'y a pas d'infirmière responsable de la coordination des services chez eux ?
  - comment demander aux CLSC de rendre disponibles à leurs patients et à ceux des GMF, des programmes pour les maladies chroniques évolutives s'il n'ont pas les équipes multidisciplinaires requises ?
  - comment assurer des soins palliatifs à domicile sans garde médicale et infirmière le soir, la nuit et les fins de semaine ?

Les actions proposées (suite)

- **Implanter des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels.**

  Il est essentiel de soutenir, par des outils électroniques efficaces, la transmission des informations pertinentes et en temps utile entre les composantes du réseau :
  - référence entre professionnels;
  - requêtes et résultats : laboratoire, imagerie médicale.

- **Renforcer la confiance entre les professionnels des différentes organisations et des différents niveaux de services.**

  Pour que les réseaux de services fonctionnent, il faut que les médecins omnipraticiens soient sûrs de pouvoir compter sur des délais raisonnables pour les consultations auprès des spécialistes, que les médecins spécialistes aient confiance de référer des patients, après une hospitalisation, au CLSC et au médecin de famille, et finalement, que le CLSC puisse compter sur une garde médicale, lorsqu'il donne des soins palliatifs.

  Cette condition milite en faveur d'une approche graduelle, permettant la participation et l'apprentissage de tous ceux dont la contribution est nécessaire : médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels, gestionnaires, informaticiens.

- **Aligner les incitations de façon à favoriser l'atteinte des objectifs des réseaux intégrés.**

  Il faut offrir des incitations encourageant les partenaires à faire ce qui est nécessaire, afin que les objectifs visés par les réseaux intégrés soient atteints.

  Ainsi, dans le cas des groupes de médecine de famille (GMF), il est prévu l'octroi d'un budget non récurrent de 500 000 $ pour leur mise sur pied, et par la suite, d'un budget annuel récurrent de 500 000 $ permettant notamment la disponibilité de deux infirmières provenant des CLSC. De plus, les médecins pratiquant dans ce mode bénéficieraient d'une rémunération majorée d'environ 8 %. Dans le cas des réseaux d'accès rapide aux services diagnostiques, il est prévu une allocation de 17 M$ pour assurer une accessibilité accrue aux services médicaux et aux services diagnostiques.

  Enfin, la nouvelle entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le gouvernement prévoit une bonification de la rémunération des médecins lorsqu'ils prennent en charge un patient vulnérable.

  Ce nouveau protocole de prise en charge et de suivi devrait inciter les médecins omnipraticiens à prendre en charge les clientèles vulnérables identifiées et à collaborer aux réseaux de services intégrés qui seront développés à l'intention de ces clientèles.

- **Établir des ententes contractuelles claires.**

  Pour assurer la pérennité des réseaux de services intégrés et bien établir les responsabilités mutuelles, nous projetons d'utiliser la formule de contrats ou d'ententes qui lieront les partenaires entre eux : GMF-Régie, GMF-CLSC, centres d'accès rapide-Régie, CLSC-CH, Régie-établissements.

  C'est à travers ces contrats ou ces ententes que se formaliseront les responsabilités des partenaires, face à une clientèle définie, ainsi que l'alignement des incitations.

- **Réaliser la priorité visant à assurer à un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF).**

  Nous pensons que le développement de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables ne pourra se faire que sur la base d'un réseau de services de première ligne mieux organisé et mieux équipé. Si nous ne disposons pas d'une base solide en première ligne, il est utopique de vouloir construire des réseaux intégrés visant des clientèles spécifiques en comptant uniquement sur des services spécialisés.

- **Améliorer les services à domicile et les services dans la communauté à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie.**

Les actions proposées (suite)

Le point de départ des réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables est la création d'un réseau impliquant la contribution de tous les médecins omnipraticiens de Montréal qui offrent des services médicaux de première ligne, quel que soit leur milieu d'exercice. Par la suite, l'enjeu sera, pour les médecins de famille, d'identifier leurs patients vulnérables et de les mettre en lien avec les réseaux de services intégrés développés en collaboration avec les CLSC pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les malades pulmonaires, etc...

Dans le cas des GMF et des CLSC, la liaison sera facilitée par la présence d'infirmières de CLSC faisant partie intégrante du groupe de médecine de famille.

Pour mettre sur pied des réseaux de services intégrés amenant les professionnels de différentes organisations à collaborer, nous ne misons pas sur une réorganisation des structures mais plutôt sur :

- la liaison et la coordination des services (gestion de cas) par des infirmières-pivots placées aux endroits stratégiques du réseau (GMF, CLSC, hôpitaux);
- des programmes spécifiques visant des clientèles souffrant de maladies chroniques évolutives bien identifiées (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète);
- des incitations bien alignées favorisant notamment la participation des médecins;
- des ententes formelles.

5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Ce réseau de services est déjà très développé à Montréal, mais il nécessite, compte tenu du vieillissement de la population, d'être renforcé de façon importante. Il est une des composantes fondamentales du réseau de première ligne que nous voulons améliorer en priorité à Montréal d'ici 2006.

Les résultats attendus

- Une augmentation du nombre de personnes âgées recevant des services à domicile : de 37 000 à 43 000.
- Une intensité de services plus grande à chaque personne.
- 500 logements sociaux avec services communautaires et plus.

Les actions proposées

- Accroître les activités visant à prévenir les problèmes de santé (influenza), les problèmes sociaux (abus et négligence) et les traumatismes (chutes) qui entraînent une perte d'autonomie.
- Augmenter le budget montréalais consacré aux services à domicile de 76 M$ d'ici 2006 pour accroître la clientèle desservie.

Dans le plan de la santé et des services sociaux « *Pour faire les bons choix* », le ministère établit à 304,5 M$ le financement requis à l'échelle du Québec pour étendre les services de soutien à domicile, accroître et mieux coordonner les services offerts dans la communauté. Compte tenu de la proportion des personnes âgées et très âgées vivant à Montréal, cela permettrait de rehausser le budget de 76 M$ à Montréal d'ici 2006.

En 2000-2001, les CLSC ont desservi à domicile 37 185 personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui correspond à 13,6 % des 273 616 personnes âgées de la région. Avec le budget actuel de 97,5 M$, le niveau d'intensité des services offerts correspond à 2 622 $, permettant en moyenne de donner 25,4 visites par personne desservie par année. À titre de comparaison, l'intensité des services offerts dans le projet SIPA correspondait à un coût annuel de 4 994 $ par patient.

Notre pourcentage de desserte et notre intensité de service sont au-dessus de la moyenne provinciale, qui est de 12,5 % et 20,5 visites par année. Ceci s'explique par le fait que notre population de 65 ans et plus est significativement plus importante. En effet, la proportion de gens âgés de 75 à 84 ans est de 5,5 % à Montréal, comparativement à 3,9 % pour le reste du Québec. Pour les gens de plus de 85 ans, nous avons un taux correspondant à 1,5 fois celui du reste du Québec.

Comme la perte d'autonomie augmente de façon importante après 75 ans, et compte tenu des facteurs socio-démographiques propres à Montréal, les besoins sont particulièrement importants dans notre région.

Le ministère, en se basant sur les études comparatives avec d'autres provinces canadiennes, estime à 17 % le pourcentage optimal de personnes âgées de 65 ans et plus que devrait rejoindre le programme de services à domicile. Ce pourcentage prend en compte le fait que 41 % des personnes de 75 ans et plus présentent des incapacités modérées ou graves. Le taux actuel moyen de desserte au Québec est de 12,5 % et le ministère a établi comme cibles d'atteindre 15 % d'ici 2006 et 17 % en 2008.

À Montréal, d'ici 2006, la population âgée de 65 ans et plus comprendra 289 039 personnes.

Donc, avec un budget additionnel de 76 M$, nous pourrions desservir, en 2006, 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 43 355 personnes, avec une intensité équivalent en moyenne à 4 000 $ par personne par année, ou 38,6 visites par année. Ceci nous amènerait à 80 % de l'intensité atteinte dans le projet SIPA qui a démontré un impact favorable sur le taux d'hébergement et la durée de séjour à l'urgence.

Les actions proposées (suite)

L'autre option serait de rejoindre, dès 2006, 17 % de ces clientèles-cibles, soit 49 136 personnes, avec un niveau d'intensité correspondant en moyenne à 3 531 $ par personne.

- Assurer l'accès à des services similaires à ceux des centres de jour dans chaque territoire de CLSC.
- Assurer, dans chaque CLSC, la mise sur pied ou la consolidation d'un programme de soutien aux personnes aidantes naturelles : répit (à domicile, en centre de jour, en hébergement temporaire), groupes d'entraide et de soutien, counselling individuel.
- Accroître les services d'hébergement alternatifs à l'hébergement en institution :
  - soutenir le développement d'unités de logements sociaux avec services pour les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - assurer les services requis pour la réalisation de 500 unités de logements sociaux et communautaires dans le cadre du programme Accès-Logis, volet 2;
  - rendre disponibles les services et soins requis via les CLSC pour ces 500 unités de logement sociaux et communautaires;
  - développer des ententes avec les partenaires concernés quant aux services complémentaires requis tels la sécurité et l'alimentation;
  - développer 1 245 places d'hébergement dans des ressources intermédiaires ou dans des ressources privées à but lucratif ou sans but lucratif.
- Implanter l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)

  Cet outil servira à évaluer, au plan clinique, toutes les demandes d'hébergement en ressources de longue durée et assurera la continuité des soins à l'intérieur des réseaux de services.

  D'ici décembre 2003, 1 500 personnes impliquées dans les demandes d'hébergement et 2 000 personnes concernées par les réseaux de services intégrés recevront la formation pour l'utilisation de l'Outil d'évaluation multiclientèle (version papier).

  L'implantation de la version électronique débutera en 2004.
- Implanter la Demande de service interétablissements en version électronique.

  Cet outil de référence électronique sera déployé dans tous les établissements concernés (hôpitaux, CLSC, centres de réadaptation) ainsi que dans les groupes de médecine de famille (GMF).
- Instaurer un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux 24/7 des CLSC.

  Ce service de garde infirmière et médicale couvrirait toute la ville de Montréal et serait accessible à tout patient inscrit aux services à domicile des CLSC.

  Ce service vise les personnes :
  - qui nécessitent des soins palliatifs
  - qui sont atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
  - qui souffrent d'une insuffisance cardiaque sévère
  - qui sont en perte d'autonomie et présentent des facteurs de risque importants de nature physique.

Le ministère a établi comme objectifs, l'atteinte, d'ici cinq ans, d'un taux d'hébergement institutionnel correspondant à 3,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus et le rehaussement du niveau d'admission en longue durée à 3 heures de soins requis par jour. Ceci implique, pour chaque régie régionale, de se donner un plan d'action sur cinq ans en privilégiant le soutien dans la communauté et le développement de diverses formules alternatives à l'hébergement institutionnel.

Dans le contexte actuel, compte tenu des objectifs ministériels et de la spécificité montréalaise, nous proposons d'élaborer, d'ici le 1er avril 2004, un Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés en répondant aux questions suivantes:

Quelle capacité d'hébergement doit-on viser d'ici cinq ans, en prenant en compte la contribution des diverses formules possibles :
- hébergement institutionnel
- ressources intermédiaires
- ressources de type familial
- hébergement privé avec but lucratif
- hébergement privé sans but lucratif
- logements sociaux avec services communautaires

Quelle formule permettrait de desservir adéquatement les personnes ayant des problèmes cognitifs et nécessitant des services de gardiennage et de surveillance ?

Comment rendre accessibles des formes d'hébergement privé avec ou sans but lucratif aux personnes socio-économiquement défavorisées ?

Comment financer le développement préalable des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel avant de réduire le nombre de places dans ce secteur et de rehausser l'intensité des services offerts?

Par quel type de ressources remplacer les installations vétustes ?

Comment assurer, dans la communauté, une prise en charge 24 heures, 7 jours, des clientèles vulnérables ?

Quelles sera la contribution des différents secteurs à la desserte des personnes âgées en perte d'autonomie : secteur public, secteur privé, secteur communautaire, secteur coopératif, secteur de l'économie sociale, secteur du logement social, secteur municipal ?

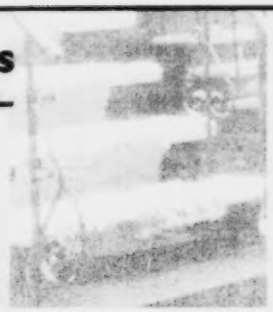
5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives

Le traitement et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives sont inégalement développés dans la région de Montréal. Ces patients utilisent fréquemment les services médicaux, les services hospitaliers et les services d'urgence. Ce sont aussi les clientèles qui nécessitent le plus d'intervention dans la communauté. Les données de santé publique nous démontrent que, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 85 % des hospitalisations sont dues à l'insuffisance cardiaque ou à une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les résultats attendus

Pour ces clientèles :

- la réduction des visites à l'urgence;
- la réduction des hospitalisations;
- une meilleure prise en charge;
- une plus grande satisfaction.



Les actions proposées

- Renforcer les équipes multidisciplinaires en CLSC pour accroître leur capacité à prendre en charge les personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive :
  - consolider et compléter les équipes dans les domaines pertinents : nutrition, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie;
  - donner accès à des consultations en pharmacie et en psychogériatrie.
- Mettre sur pied un continuum de services intégrés sur le modèle développé par la Régie régionale pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le rendre accessible pour les maladies chroniques suivantes : insuffisance cardiaque, diabète.

5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs

Dans le cadre de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLCC), la Régie régionale a produit, avec la collaboration de tous les acteurs régionaux, un état de situation[1] sur l'organisation des services en oncologie. On y constate :

- des délais d'accès trop longs aux services et aux plateaux techniques;
- des difficultés d'accès à l'information :
- un manque de continuité entre les intervenants et la difficulté pour le patient de s'y retrouver;
- une gamme incomplète de services surtout au plan du support psychosocial et des services de première ligne;
- un manque de standardisation des approches cliniques;
- le besoin de consolider les services de prévention et de dépistage;

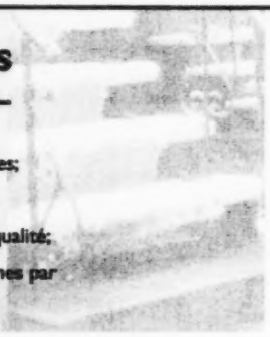
Pour améliorer les services en oncologie, il faut :

- faciliter la circulation du bénéficiaire dans un ensemble complexe de services;
- améliorer la continuité entre les différents dispensateurs de services;
- diminuer les délais d'accès;

- harmoniser des pratiques et approches cliniques.

Déjà, pour diminuer les délais d'accès, nous avons proposé, dans le cadre de la priorité 5.4, d'ajouter 3,9 M$ sur une base annuelle aux budgets actuels en chirurgie oncologique et en radio-oncologie, ainsi que 6,3 M$ récurrents pour améliorer les services d'imagerie médicale.

Les résultats attendus



Une efficacité améliorée en oncologie :

- des délais d'accès plus courts pour les services;
- des services continus;
- des pratiques et des approches cliniques de qualité;
- des soins palliatifs accessibles à 5 000 personnes par année dans les CLSC et les CHSLD.

Les actions proposées

Désignation des centres d'oncologie

- Désigner des centres régionaux de lutte contre le cancer pour les adultes et pour les enfants ainsi que les centres locaux avec lesquels il seront en lien et les mandater pour implanter les équipes oncologiques dont les fonctions sont présentées à l'annexe 6 du document de support.

Le mandat de ces centres désignés sera de :

- Mettre sur pied les équipes régionales et locales d'oncologie par siège de cancer avec leurs partenaires : hôpitaux, CLSC, GMF.
- Convenir, avec la Régie régionale, de la désignation des équipes régionales pour les cancers à volume restreint ou exigeant une expertise rare.

La désignation se fera en fonction des critères recommandés par le Programme québécois de lutte contre le cancer (voir annexe 7 du document de support) et en suivant les principes recommandés par la Commission médicale régionale pour rendre disponible l'expertise requise et dispenser des services de qualité. Enfin, la désignation des équipes suprarégionales sera faite par le ministère.

Sur le plan de la livraison des services d'oncologie, les équipes ont les mandats suivants :

- Respecter les délais d'accès convenus par les experts, tant pour l'accès aux services diagnostiques que pour les chirurgies, la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Mettre sur pied les équipes interdisciplinaires pour les différents sièges tumoraux regroupant l'ensemble des professionnels requis. Ces équipes permettent de faire le lien entre les différents intervenants et cela permettra au patient de bénéficier d'une prise en charge complète en un seul endroit.
- Confier aux professionnels appropriés la responsabilité d'intervenant-pivot. Le rôle de l'intervenant-pivot consiste à évaluer les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches mais aussi à les informer, les soutenir et les accompagner tout au long du processus de traitement et à assurer une continuité dans les actions entreprises par les différents professionnels.

Les actions proposées (suite)

- Harmoniser les modes de pratique des intervenants en fonction des approches les plus efficaces et efficientes.

Améliorer la gamme de services en oncologie

- Promotion et prévention
  - Dans le cadre du Plan d'action montréalais en santé publique, réaliser en priorité une stratégie de communication et d'intervention visant la prévention du tabagisme
  - Initier un programme d'information aux parents sur les mesures protectrices à prendre pour éviter le cancer de la peau dû à l'exposition prolongée au soleil chez les jeunes enfants.
- Dépistage
  - Développer un plan de surveillance continu de l'état de santé des travailleurs et des facteurs d'exposition concernant les maladies pulmonaires liées à l'amiante : amiantose et mésothéliome
  - Dans le cadre du Plan d'action montréalais en santé publique, développer et appliquer une stratégie visant à augmenter la participation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein. Le taux actuel n'est que de 32,2 % alors qu'il devrait être au moins de 70 % pour que le programme soit efficace;
  - Mettre en œuvre un projet pilote de dépistage du cancer du col utérin qui pourrait servir de base à l'établissement d'un programme général.
- Investigation, traitement et soutien
  - Mettre sur pied les systèmes d'information requis pour :
    - faciliter l'accès aux résultats des tests de laboratoire et d'imagerie médicale dans les cinq centres régionaux désignés;
    - compléter l'informatisation des centres de référence et d'investigation diagnostique (CRID);
    - développer un registre régional électronique des tumeurs;
  - Réduire les délais d'accès en radio-oncologie et en chirurgie oncologique en fonction des normes recommandées par les experts;
  - Doter les centres régionaux désignés d'intervenants pivots (gestionnaires de cas);
  - Standardiser les pratiques cliniques en fonction des normes et standards développés par le Programme québécois de lutte contre le cancer ainsi que par le Conseil québécois et former le personnel œuvrant en oncologie dans cette perspective;
  - Développer les services de première ligne et uniformiser le panier de services offerts en CLSC lors du renforcement des équipes multidisciplinaires des soins aux personnes atteintes de maladie chronique évolutive.
- Soins palliatifs
  - Développer les services de première ligne en soins palliatifs afin d'augmenter la possibilité pour les gens de mourir à domicile;
  - Mettre sur pied des mécanismes de référence formels entre les différents partenaires afin d'assurer la continuité des services entre les hôpitaux, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CLSC, les GMF et les services de garde médicale et infirmière rattachée aux quatre centraux 24/7-Info-Santé et les organismes communautaires. Utiliser la demande de service interétablissements (DSIE) à cette fin;
  - Mettre sur pied un réseau de services intégrés en soins palliatifs
    - mobilisant les divers partenaires pertinents,
    - standardisant les outils de travail clinique,
    - établissant le cheminement de la clientèle et les critères de référence;
  - Développer l'expertise des intervenants œuvrant auprès des personnes malades ou de leurs proches en rendant accessible la formation de base requise et le soutien en deuxième ligne des centres désignés;
  - Intensifier les soins palliatifs offerts en première ligne et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de façon à pouvoir desservir 5 000 personnes par année.

5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées

Au Québec, la grande majorité des cas de VIH-SIDA se retrouve dans la région de Montréal. Les populations vulnérables à cette infection présentent souvent un cumul de risques (toxicomanie, prostitution, itinérance...), souvent jumelé à des problèmes de santé mentale ou à la présence conjointe de l'Hépatite C.

Les résultats attendus

- Des services adaptés et accessibles pour les personnes à risque et pour les personnes infectées par le VIH-SIDA.

Les actions proposées

- Augmenter le budget de 2,5 M$ pour le porter à 12,2 M$ afin de répondre à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec le VIH-SIDA et de rejoindre adéquatement les personnes vulnérables à l'infection par le VIH.
- Assurer l'accès à une gamme de services préventifs efficaces, adaptés et intégrés aux milieux de vie pour chacune des populations vulnérables :
  - utilisateurs de drogues injectables,
  - hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,
  - membres des communautés culturelles et autochtones,
  - jeunes de la rue,
  - prostitué(e)s.
- Assurer un dépistage systématique chez les femmes enceintes.
- Augmenter les ressources médicales et professionnelles des services de première ligne et de l'équipe mobile du CHUM.
- Adapter le volet recherche aux nouvelles problématiques ainsi qu'aux traitements et modes d'intervention efficaces pour les populations vulnérables.
- Mettre sur pied un système commun de monitorage.
- Rendre accessibles différents types d'hébergement : hébergement d'aise et de convalescence, logements sociaux avec support communautaire, hébergement de longue durée.
- Mettre sur pied des mécanismes de communication, de liaison et de coordination efficaces entre les différents partenaires du réseau.

5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale

Mettre sur pied des réseaux de services intégrés sur une base sous-régionale

L'organisation des services de santé mentale pour adultes est basée sur la concertation, à partir des tables multisectorielles sous-régionales. Ces structures ont été mises en place par la Régie régionale depuis plusieurs années. Leur autonomie de fonctionnement leur permet aujourd'hui d'assumer un leadership dans le développement des réseaux intégrés.

La sectorisation actuelle ne correspond plus aux besoins du système et est un obstacle à l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices. L'organisation des réseaux locaux de services intégrés permettra une meilleure distribution de services par sous-région.

Les solutions proposées visent à assurer une organisation de services intégrés dans toutes les sous-régions à partir des éléments concluants qui se dégagent des expériences en cours sur le terrain.

Les résultats attendus

- Une réduction des troubles anxieux et dépressifs.
- Une réduction du taux de suicide.
- Des services de première ligne en santé mentale dans chacun des 29 CLSC.
- La réduction des séjours à l'urgence amenant l'élimination des séjours de plus de 48 heures et une diminution de la durée des séjours de 35 à 12 heures.
- La diminution des hospitalisations.
- Le soutien communautaire assuré à 3 000 personnes et l'hébergement en ressources de type familial ou intermédiaire à 900 personnes de plus.

Les actions proposées

Promotion-prévention

Dans le projet de Plan d'action montréalais en santé publique, plusieurs actions sont proposées en matière de prévention et de promotion :

- Collaborer à la campagne de sensibilisation sur les troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.
- Favoriser le dépistage précoce et accroître les demandes d'aide grâce à des outils d'information et de sensibilisation pour la population ainsi que pour les intervenants du secteur de la santé, des services sociaux et du milieu communautaire.
- Développer des interventions de prévention et de promotion en collaboration avec la filiale de Montréal de l'Association canadienne de santé mentale, les CLSC et les autres partenaires.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives efficaces par des activités et des outils de formation et d'information.

Les actions proposées (suite)

- Mettre à jour régulièrement l'état de situation des suicides afin de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action régional en prévention.
- Collaborer au développement d'activités préventives avec les partenaires intersectoriels.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives (ex: reconnaissance des signes avant-coureurs).
- Collaborer à réduire l'accès à des moyens de suicide et à améliorer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires par la concertation intersectorielle amorcée avec le groupe de travail sur la prévention du suicide au pont Jacques-Cartier.

Services de base en CLSC

- Mettre sur pied, dans chacun des CLSC, une équipe multidisciplinaire offrant des services de première ligne en santé mentale.
- Assurer une offre de services uniformes en regard de l'accueil, de l'évaluation, de l'orientation et de l'intervention.
- Assurer, au sein de chaque équipe, la présence d'au moins un intervenant, responsable de la liaison avec le réseau de services intégrés de la sous-région.
- Élaborer des protocoles de réponse aux questions concernant la santé mentale pour le service Info-Social qui s'ajoutera au service Info-Santé.
- Assurer le suivi à la clientèle référée par Info-Social et établir des mécanismes de relais avec les partenaires pertinents : les centres d'écoute en santé mentale, les centres de crise et Suicide-Action Montréal.

Services médicaux partagés

- Assurer, dans les six sous-régions, la présence d'un réseau partagé entre les omnipraticiens et les psychiatres, assurant des services intégrés et continus aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.
- S'assurer que chacun des 11 départements de psychiatrie des hôpitaux offre des services de consultation-liaison accessibles aux omnipraticiens 80 heures, réparties sur 7 jours par semaine.

Intégration et optimisation des services spécialisés et ultraspécialisés

- Mettre en application, dans les 11 départements de psychiatrie, un nouveau protocole d'accueil des demandes, facilitant l'accès des personnes aux services sans égard au secteur géographique dont l'hôpital est responsable.
- Prévenir le recours à l'urgence ou l'utilisation non pertinente de l'urgence en assurant :
  - la disponibilité d'une plage horaire pour des consultations psychiatriques urgentes
  - le suivi intensif, en équipe, des personnes qui utilisent l'urgence à répétition
  - la présence d'une infirmière de liaison à l'urgence, 80 heures par semaines, réparties sur 7 jours, dans les urgences ayant des services psychiatriques.
- Finaliser l'implantation du Guide de gestion des urgences et obtenir, de chaque hôpital, la réalisation des actions requises pour réduire la durée des séjours des patients psychiatriques.
- Libérer des lits d'hospitalisation de courte durée:
  - par l'accès, à travers un système régional d'admission, à l'hospitalisation de moyen séjour
  - par l'accès à de l'hébergement de transition pour les personnes en attente de logement ou de ressources résidentielles.

Les actions proposées (suite)

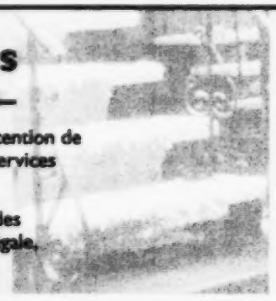
Accès à l'hébergement

- Rendre accessible des services de soutien communautaire à 3 000 personnes.
- Assurer l'intégration, dans des logements autonomes, de 900 personnes actuellement hébergées dans des ressources de type familial ou intermédiaire.

Services intégrés en psychiatrie légale

La demande pour les services de psychiatrie légale en provenance du réseau de la justice est en augmentation exponentielle depuis la révision du code criminel canadien en 1992. Parallèlement, la capacité d'accueil de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, centre hospitalier ultraspécialisé possédant à la fois l'expertise et l'environnement adapté pour évaluer, traiter et garder les contrevenants référés par les tribunaux, a diminué de 38 lits suite à la fermeture de deux unités depuis 1998. De plus, les milieux d'accueil de cette clientèle doivent répondre à des normes de sécurité particulières afin de donner suite aux ordonnances des tribunaux.

Les résultats attendus



- L'élimination du transit via les centres de détention de 500 contrevenants par année en besoin de services psychiatriques.
- Le transfert de vingt personnes, bénéficiant des ressources communautaires en psychiatrie légale, vers des ressources moins spécialisées.

Les actions proposées

- Implanter une organisation de services intégrés sur la base de la hiérarchisation :

  Première ligne : Mesures alternatives à la judiciarisation (CLSC, centres de crise, cliniques externes, organismes communautaires)

  Deuxième ligne : Évaluations simples d'aptitude à comparaître, traitement et garde (médecin à la cour, centres hospitaliers désignés)

  Troisième ligne : Évaluations complexes d'aptitude à comparaître et de responsabilité criminelle, traitement et garde des clients violents et dangereux (Institut Philippe Pinel de Montréal).

- Recommander, pour modification à l'arrêté ministériel de 1998, de réduire à quatre le nombre d'hôpitaux désignés incluant l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Les actions proposées (suite)

- Créer trois unités sécuritaires de psychiatrie légale dans les centres hospitaliers désignés.
- Optimiser la capacité d'accès de l'Institut Philippe Pinel de Montréal par la réouverture des 38 lits fermés depuis 1998.
- Transférer la responsabilité des services médicaux et professionnels offerts dans les centres de détention de la Sécurité publique vers le réseau de la santé et des services sociaux.
- Développer des services spécialisés post-hébergement pour favoriser le transfert des clients hébergés dans les ressources communautaires vers des ressources adaptées.

5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement

La Régie régionale, en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés, a mené plusieurs travaux afin d'élaborer et d'implanter un modèle de réseau de services intégré pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement et leur famille. Le trouble envahissant du développement comprend les syndromes suivants : le trouble autistique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié.

Les résultats attendus

- L'accès à un programme d'intervention comportementale intensive pour les 350 enfants de 0 à 5 ans.
- Le rehaussement de 10 à 20 heures par semaine, des services offerts aux enfants de 0 à 5 ans.
- L'assurance d'un service intégré d'évaluation offert par quatre équipes surspécialisées.
- La diminution du délai moyen pour obtenir une évaluation diagnostique dans l'un des quatre centres désignés (Hôpital Douglas, Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM, Hôpital Ste-Justine, Hôpital Rivière-des-Prairies) de 113 à 30 jours.
- Un service de soutien en situation de crise pouvant doubler la desserte de 40 à 80 familles par année.

Les actions proposées

- La réadaptation intensive comportementale:
  - Implanter le service de réadaptation spécialisée en intervention comportementale intensive;
  - Mettre sur pied une programmation régionale commune aux cinq centres de réadaptation en déficience intellectuelle (Services de réadaptation L'Intégrale, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Le Centre Myriam, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major, Centre de réadaptation Lisette-Dupras);
  - Éliminer les dédoublements de services en statuant sur les champs d'intervention respectifs des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et les hôpitaux qui ont des centres de jours.
- L'évaluation diagnostique et globale des besoins :
  - Mettre sur pied des équipes spécialisées intersectorielles pour l'évaluation diagnostique et globale des besoins afin d'assurer un service intégré d'évaluation;
  - Préciser l'offre de services surspécialisés en évaluation des quatre hôpitaux désignés (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Ste-Justine, Hôpital Rivière-des-Prairies, Centre hospitalier Douglas), celle des autres hôpitaux de Montréal et des régions du Québec;
  - Développer des ententes de services entre les quatre centres hospitaliers afin d'assurer l'application uniforme du protocole d'évaluation diagnostique;
  - Préciser les modalités de collaboration et de référence entre les quatre centres hospitaliers désignés et les autres hôpitaux.
- Le soutien aux familles en situation de crise :
  - Adapter et consolider des mesures de soutien pour aider les familles en situation de crise.
- L'organisation de services pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle :
  - Désigner les établissements responsables de l'offre de services en précisant leur rôle et responsabilité;
  - Implanter les services prioritaires de suivi intensif, de réadaptation et d'entraide.

Ressources financières additionnelles requises

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie				
- augmenter le budget des services à domicile	76,0			
- développer les logements sociaux avec services communautaires	0,5			
- système de garde médicale et infirmière	0,7			
- implanter la Demande de service interétablissements électronique		0,9		
5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives	38,0			
5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs	14,0	1,8		
5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées	2,5			
5.5.5 Réseaux de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale				
- réseaux sous-régionaux pour les adultes	8,0	5,5	20,4	12,6
- réseaux de services intégrés en psychiatrie légale	1,3	3,3		6,8
5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement	12,5			
Total	**153,5**	**11,5**	**20,4**	**19,4**

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires

1. **Services aux personnes âgées en perte d'autonomie**
2. **Services aux personnes ayant une déficience physique**
3. **Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle**
4. **Périnatalité**

5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés

Les raisons militant en faveur de l'élaboration et de l'adoption d'un Plan régional d'organisation des services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ont été explicitées en présentant les actions proposées pour améliorer les réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables. Le principal élément à clarifier est l'organisation des ressources d'hébergement pour le futur, en précisant la gamme et la qualité des ressources nécessaires et la contribution attendue des différents secteurs de la société pour répondre aux besoins sans cesse croissants d'une population montréalaise vieillissante.

5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique

L'élaboration et l'adoption, d'ici 2004, d'un plan régional d'organisation des services (conformément à l'article 347 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) sont essentiels pour garantir le développement de réseaux intégrés de services à l'intention des personnes atteintes de déficience physique et pour assurer une vision commune du soutien à l'intergration sociale de ces personnes.

Les résultats attendus

- Des délais d'accès plus courts aux services de réadaptation.
- Augmentation de 230 personnes recevant des services de maintien à domicile.
- Augmentation de 1 050 personnes recevant des services de soutien à la famille.
- 110 places de plus en ressources résidentielles et d'hébergement.

Les actions proposées

- D'ici avril 2004, élaborer un plan d'organisation de services en déficience physique comprenant :
  - la concentration des services de réadaptation aux différentes clientèles ayant une déficience physique (de moins de 75 ans) dans des établissements désignés en fonction du type de déficience, de l'âge et de la pathologie présentés par la clientèle,
  - la formalisation de réseaux de services intégrés pour les clientèles suivantes: personnes ayant subi un AVC, personnes ayant une amputation, enfant présentant des troubles de la parole et du langage, etc.

Les actions proposées (suite)

- Confier la responsabilité des services de réadaptation pour les personnes âgées de 75 ans et plus ayant des incapacités motrices persistantes aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive et à certains établissements désignés.
- Confier la responsabilité des services de réadaptation pour les personnes de tous âges ayant des incapacités motrices temporaires à des centres hospitaliers de réadaptation désignés et réviser les pratiques cliniques à l'égard de cette clientèle, plus précisément pour la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou, en misant sur sa desserte, sur une base externe et/ou à domicile.
- Développer les services de maintien à domicile et de soutien aux famille dispensés par les CLSC.
- Développer les ressources résidentielles incluant le répit.
- Développer les mesures de soutien à l'intégration.

5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle

Nous avons déjà proposé comme priorité, la mise sur pied d'un programme et d'un réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant de développement qui nécessite un budget additionnel de 12,5 M$ par année. Pour améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, d'autres actions sont requises.

Les résultats attendus

- 1 120 personnes de plus recevant des services de soutien à la personne et à la famille.
- 354 usagers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies intégrés dans des ressources adaptées à leurs besoins.
- Une diminution de 50 % de la liste d'attente pour les services sociaux résidentiels.
- L'élimination de la liste d'attente pour les services socio-professionnels.

Les actions proposées

- Assurer l'accès à des services de soutien diversifiés pour la personne, la famille et pour la communauté en fonction des besoins de chacun selon leur groupe d'âge, près du milieu de vie et axé sur la participation sociale :
  - l'ensemble des personnes a au moins un service de soutien s'inscrivant dans le cadre d'un continuum de services intégrés d'ici mars 2006;
  - l'ensemble des familles reçoit une subvention répondant à ses besoins de répit dans le cadre du programme de soutien à la famille en CLSC.

Les actions proposées (suite)

- **Développer, en collaboration avec les partenaires du milieu, une gamme de ressources résidentielles diversifiées, adaptées aux besoins des usagers et accessibles sur l'ensemble du territoire.**
- **Augmenter progressivement l'intégration en emploi pour des personnes présentant une déficience intellectuelle et ayant des contraintes sévères à l'emploi et développer 260 places pour les personnes en attente de services dans les programmes socioprofessionnels.**

Au-delà d'un financement additionnel, il apparaît pertinent, à ce stade-ci, de se donner un plan régional d'organisation des services pour bien définir les contributions attendues de chacun dans ce continuum de services qui a de multiples interfaces à l'intérieur du réseau sociosanitaire et avec d'autres secteurs d'activités. La situation actuelle présente des zones grises qui rendent problématiques la collaboration et l'utilisation optimale des ressources.

5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité

Le nombre de naissances a diminué significativement au Québec depuis quelques années. À Montréal, on note une diminution de 24 % du nombre d'accouchements normaux depuis les 10 dernières années. En 2000-2001, 23 828 bébés sont nés dans les 9 centres hospitaliers accoucheurs montréalais comparativement à 31 547 en 1992-1993.

Cette diminution du volume d'activités des unités d'obstétrique questionne l'organisation actuelle des services.

Dans le cadre de référence en périnatalité, la Régie régionale reconnaît l'importance de mobiliser l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, et de faire en sorte que chacun se reconnaisse comme étant un maillon important du continuum de services offerts durant toute la période périnatale et que chacun est collectivement responsable de répondre aux besoins des femmes et de leur nouveau-né.

En ce sens, il y a donc lieu de s'entendre sur le panier de services universels à offrir durant les périodes prénatale et postnatale, sur les moyens de les rendre accessibles en complémentarité et sur les modes de fonctionnement organisationnel et clinique à privilégier

En conséquence, il apparaît opportun de se doter d'un plan d'organisation en ce domaine et de réviser les contributions attendues des différents secteurs ainsi que le plan d'organisation et d'effectifs médicaux afférents. La mise en œuvre des recommandations incluses dans le cadre de référence adopté en 2000 pourrait nécessiter des investissements additionnels de 4,1 M$, dont 1,8 M$ dans les services de première ligne, 2 M$ dans le développement et la consolidation des maisons de naissance et des services de sage-femme. Dans ce secteur se pose aussi la question de la concentration des accouchements, compte tenu du fait que certains hôpitaux accoucheurs ont des volumes relativement bas et que 22,5 % des accouchements proviennent des autres régions.

Ressources financières additionnelles requises

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique	29,2			
5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle	12,7			
5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité	4,1			
Total	**46,0**			

5.7 Intégration des besoins des femmes à la planification régionale des différents continuums de soins et de services

En lien avec les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes rendus publics en janvier 2003 dans le document « *Au féminin... à l'écoute de nos besoins* », la Régie souhaite mieux prendre en compte les besoins des femmes dans les priorités mises de l'avant dans les différents continuums de soins et de services.

Dans cette perspective, nous poursuivrons les actions déjà entreprises en vue de sensibiliser les professionnels et les gestionnaires de la Régie régionale, à l'analyse différenciée selon les sexes. Nous comptons expérimenter cette approche dans les dossiers les plus pertinents comme le développement du réseau des services intégrés pour les personnes âgées.

Les résultats attendus

- Intégration de la prise en compte des besoins des femmes dans les priorités régionales 2003-2006.

Les actions proposées

Prévention / promotion

- Intensifier les activités de **promotion**
  - des rapports sociaux égalitaires particulièrement chez les jeunes filles et garçons;
  - de saines habitudes de vie (alimentation saine, activité physique, image corporelle, soutien à l'arrêt tabagique) tout particulièrement en milieu scolaire.
- Intensifier les activités de prévention et les interventions adaptées aux besoins spécifiques des filles et des femmes pour contrer :
  - la violence dans les relations amoureuses
  - les agressions sexuelles
  - les grossesses à l'adolescence
  - le suicide
  - l'alcoolisme et les toxicomanies
  - les ITTS (MTS, VIH-SIDA)
  - les incapacités (liées à la maladie, aux problèmes sociaux et aux traumatismes) chez les personnes âgées.

Services de première ligne

Périnatalité

- Déployer le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et en petite enfance dans les 29 territoires de CLSC.
- Améliorer l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes.
- Évaluer et réajuster les services offerts en CLSC suite à un congé précoce après un accouchement.

Planification des naissances

- Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de soutien suite à une grossesse non désirée.
- Assurer le suivi et l'évaluation des mesures de consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse.

Violence conjugale et agression sexuelle

- Renforcer le continuum de services en matière de violence conjugale :
  - intensifier les activités de dépistage et de référence appropriées pour les personnes aux prises avec la violence conjugale en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables : les enfants exposés, les jeunes parents, les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - intensifier l'intervention rapide en situation de crise (24-48 heures après l'agression) auprès des victimes et des agresseurs;
  - consolider et développer les services de base pour les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés et les agresseurs.

Les actions proposées (suite)

- Renforcer le continuum de services en matière d'agressions à caractère sexuel :
  - consolider et développer les activités reliées au dépistage et à la référence appropriée des victimes d'agression sexuelle;
  - améliorer l'intervention en situation de crise;
  - consolider les services de base disponibles pour les victimes et les agresseurs.

Santé physique

- Poursuivre l'implantation et le suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Santé mentale

- Soutenir le développement des compétences sur l'analyse différenciée selon les sexes pour le personnel œuvrant en santé mentale.

Vieillissement et perte d'autonomie

- Réévaluation des besoins des proches aidantes auprès des personnes en perte d'autonomie à domicile.
- Rehaussement graduel des services auprès des proches aidantes en tenant compte d'une approche basée sur l'analyse différenciée selon les sexes.

Services spécialisés ou de réadaptation

- Assurer une adaptation des services qui tienne compte de la réalité des femmes aux prises avec des problèmes multiples tout en facilitant leur maintien dans leur milieu de vie.
- Mise en place d'équipes de suivi pour les personnes atteintes de maladies chroniques notamment pour les femmes ayant une maladie cardiovasculaire.
- Adaptation des services offerts à domicile par les CLSC aux femmes présentant des handicaps physiques ou intellectuels. Ces services doivent tenir compte des aspects suivants : contraception, diverses formes de violence, périnatalité, etc.
- Adaptation des interventions de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie qui tiennent compte des besoins des femmes notamment, ceux des jeunes femmes et des femmes incarcérées qui consomment des drogues et ceux des femmes plus âgées qui ont des problèmes de consommation abusive de médicaments.

Les actions proposées (suite)

Délais d'accès

- Respecter les délais maximum d'accès pour l'obtention de services médicaux et hospitaliers spécialisés en matière de :
  - cancer du sein
  - cancer du col de l'utérus.

La consultation nous permettra de valider si les propositions mises de l'avant contribueront à mieux adapter nos services aux besoins spécifiques des femmes et de bien aligner nos priorités en ce sens.

5.8 Le respect des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population

Le respect de la diversité ethnoculturelle et linguistique est une orientation fondamentale de la Régie régionale qui doit rechercher le juste équilibre entre les diverses attentes de la population et les divers droits en jeu dans le contexte des ressources disponibles et des lois et politiques en vigueur.

D'abord, en vertu de la Charte de la langue française, il est clair que toute personne a le droit de recevoir ses services en français et dans tous les établissements. De plus, la charte consacre le droit de pouvoir travailler en français. Cependant, elle prévoit qu'un employeur peut exiger la connaissance d'une autre langue que le français si les exigences d'un poste le nécessitent.

D'autre part, toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir, en langue anglaise, des services de santé et des services sociaux compte tenu des ressources disponibles et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès. Ce programme d'accès est l'outil dont dispose la Régie régionale pour assurer le respect de ce droit.

C'est ce délicat équilibre que nous avons cherché à maintenir dans le Programme d'accès aux services de langue anglaise en vigueur dans la région depuis 1989. Il a été révisé par la Régie régionale en 1996 et le nouveau programme a été approuvé par le gouvernement en 1999.

Depuis l'instauration de ce programme, le nombre de plaintes des usagers et des travailleurs a été très faible.

Plan d'accès aux services en langue anglaise (établissements désignés et indiqués) et aux communautés culturelles

	CH	CLSC	CPEJ	CHSLD	CR	Total
Désignés	13	0	1	13	10	37
Indiqués	7	26	0	7	5	45
Établissements avec programme d'accès aux communautés culturelles	6	9	2	2	2	21

Pour faciliter l'accès aux services et supporter le travail des intervenants du réseau, la Régie régionale a mis sur pied une banque d'interprètes et de traducteurs qui offent des services dans 67 langues. En 2001-2002, cette équipe a reçu plus de 10 000 demandes et a effectué 19 000 heures d'interprétation.

Nous devons élaborer nos plans régionaux d'organisation des services en s'assurant qu'ils prennent bien en compte les caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population et des établissements désignés ou indiqués comme devant offrir leurs services en français et dans une autre langue, principalement l'anglais.

5.9 Synthèse des ressources additionnelles requises

L'atteinte des résultats attendus par la mise en œuvre des six priorités nécessitera d'y consacrer des fonds additionnels récurrents atteignant 355,2 M$ par année, à compter de 2005-2006.

Ressources financières additionnelles requises

Pour réaliser les six grandes priorités montréalaises 2003-2006

		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.1	Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	42,0			
5.2	Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises	31,7			
5.3	Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	64,8		29,0	
5.4	Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés	17,2	110,5	127,6	91,7
5.5	Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables	153,5	11,5	20,4	19,4
5.6	Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires	46,0			
Total		**355,2**	**122,0**	**177,0**	**111,1**

Les mesures proposées représentent des dépenses non récurrentes de 122,0 M$, des immobilisations de 177,0 M$ et une affectation annuelle, en 2005-2006, de 111,1 M$ de l'indexation des coûts des services de santé et des services sociaux. Le taux d'indexation nécessaire pour couvrir la croissance des coûts spécifiques au domaine de la santé a été évalué à 2,6 % dans le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ». À Montréal, un tel taux correspondrait à une somme additionnelle atteignant 321 M$ par année à compter de 2005-2006.

Ces budgets additionnels sont requis pour :

- réduire les inégalités sociales ayant un impact sur la santé;
- favoriser le développement des enfants et des jeunes en difficulté;
- prévenir les maladies chroniques;
- traiter rapidement, en première ligne, les problèmes de santé physique et mentale et les problèmes sociaux courants;
- donner accès, selon les délais cliniquement recommandés, aux services médicaux et hospitaliers spécialisés;
- accorder le soutien et le traitement requis aux clientèles vulnérables :
  - les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - les personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque, diabète);
  - les personnes atteintes de cancer;
  - les personnes atteintes du VIH-SIDA;
  - les personnes ayant des problèmes de santé mentale;
  - les personnes ayant des troubles envahissants du développement.

Pour y arriver, nous misons sur un renforcement majeur de la prévention et des services de base offerts en première ligne :

- doubler nos efforts en prévention;
- implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) en liaison avec 29 CLSC offrant des services de santé et des services sociaux accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures;
- créer un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques en désignant 30 points de services ouverts de 8 h à 20 h, 7 jours semaine;
- augmenter de 1,8 fois le volume de services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie;
- créer des réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables, assurant les services requis dans la communauté et diminuant le recours à l'urgence et à l'hospitalisation.

L'atteinte des objectifs prioritaires proposés pour la période 2003-2006 nécessitera :

- de construire, à Montréal, un consensus fort en leur faveur;
- d'assurer le leadership et la coordination nécessaires sur le terrain au fonctionnement des réseaux de services intégrés et des interventions intersectorielles;
- de relever les défis de gestion reliés à :
  - la disponibilité et à la mobilisation des médecins et de la main-d'œuvre;
  - la disponibilité des ressources informationnelles dont les médecins et le personnel ont besoin pour travailler en réseau, ainsi que les gestionnaires pour prendre des décisions basées sur des données probantes;
  - la stratégie de financement des priorités.

6.
Action intersectorielle, intégration des services et approche territoriale

6.1 PLAN D'ACTION MONTRÉALAIS EN SANTÉ PUBLIQUE ET DÉCOUPAGES TERRITORIAUX, MUNICIPAUX, SCOLAIRES ET SOCIOSANITAIRES

Pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, nous voulons nous donner un Plan d'action montréalais en santé publique. Ce plan régional devra s'appuyer sur des plans d'action locaux définis à l'échelle des territoires de CLSC.

Au plan régional, la situation s'est beaucoup simplifiée : avant, nous devions nous coordonner avec 29 municipalités; maintenant, nous avons à nous concerter avec la nouvelle Ville de Montréal. Cependant, au niveau local, la situation demeure très complexe parce que les cartes de fonds de terrain de la Ville, de la Régie et du milieu scolaire sont très différentes.

> ***« ... Il serait intéressant de remettre en question les façons d'établir les territoires de services pour faciliter la concertation entre les partenaires. Actuellement, les municipalités ont leurs territoires, les commissions scolaires ont les leurs et les CH en ont d'autres, ce qui ne favorise pas le partenariat, mais invite plutôt au désengagement. La participation des personnes en pouvoir d'influencer leurs organisations sur les tables de concertation serait plus facile à obtenir si les territoires convergeaient. De cette façon, on réduirait probablement le nombre de tables de concertation et on rendrait ces dernières plus efficientes et efficaces. »*** [1]

Ainsi, plusieurs des objectifs proposés dans le projet de Plan d'action montréalais en santé publique posent la question du territoire local de référence, pour coordonner l'action intersectorielle des partenaires, dont la contribution est essentielle à l'atteinte des objectifs, en particulier la Ville de Montréal et le milieu scolaire.

Des territoires locaux différents au plan municipal, scolaire et sociosanitaire

Quand on compare les 27 arrondissements de la Ville de Montréal et les 29 territoires de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement : Montréal-Nord, St-Léonard et LaSalle.

Dans le cas des cinq commissions scolaires, les territoires correspondent à trois vastes sous-régions du côté francophone et à deux du côté anglophone, qui se superposent.

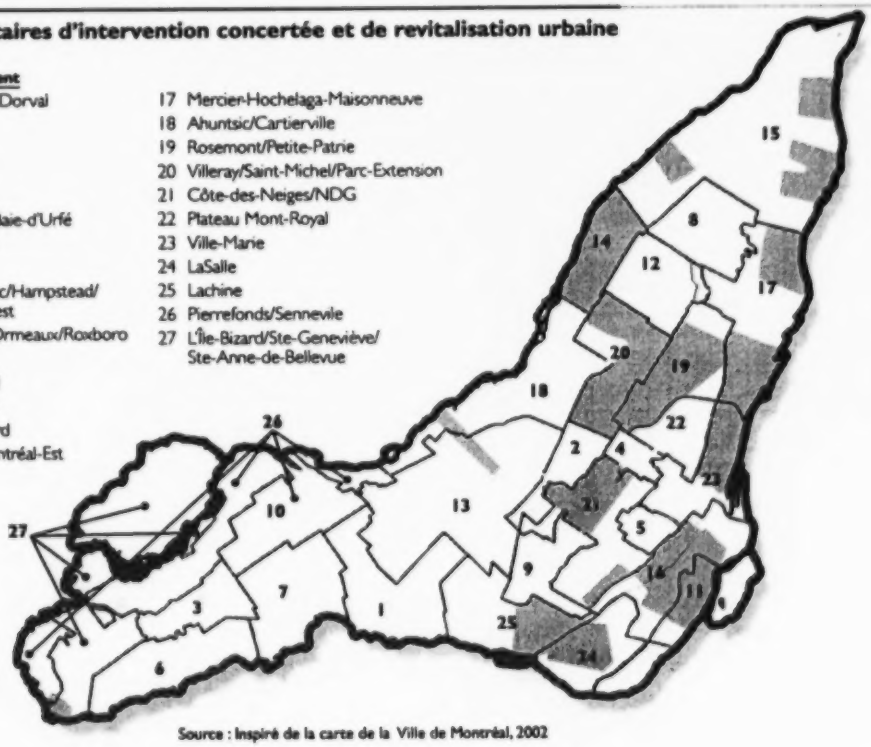
1 | Réflexion partagée de la réalité montréalaise en matière de santé et de services sociaux. Commission multidisciplinaire régionale de la Régie régionale de Montréal-Centre, novembre 2002

De nouveaux outils de coordination intersectorielle

Malgré cette complexité, plusieurs éléments sont favorables à une meilleure coordination et à une meilleure intégration des interventions des partenaires municipaux, scolaires et sociosanitaires, en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise, dont nous avons la responsabilité commune.

Zones prioritaires d'intervention concertée et de revitalisation urbaine

N°	Arrondissement
1	Dorval/Île de Dorval
2	Mont-Royal
3	Kirkland
4	Outremont
5	Westmount
6	Beaconsfield/Baie-d'Urfé
7	Pointe-Claire
8	Anjou
9	Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest
10	Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
11	Verdun
12	Saint-Léonard
13	Saint-Laurent
14	Montréal-Nord
15	RDP/PAT/Montréal-Est
16	Sud-Ouest
17	Mercier-Hochelaga-Maisonneuve
18	Ahuntsic/Cartierville
19	Rosemont/Petite-Patrie
20	Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
21	Côte-des-Neiges/NDG
22	Plateau Mont-Royal
23	Ville-Marie
24	LaSalle
25	Lachine
26	Pierrefonds/Sennevile
27	L'Île-Bizard/Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue



Source : Inspiré de la carte de la Ville de Montréal, 2002

LES PISTES DE SOLUTION

- Se doter de meilleurs outils de coordination intersectorielle :
  - le contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec;
  - des zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, ministères, Régie régionale, commissions scolaires;
  - la généralisation et l'harmonisation de programmmes de prévention efficaces, accessibles dans tous les territoires de CLSC;
  - la synchronisation et l'harmonisation des plans stratégiques régionaux des principaux partenaires : Ville, commissions scolaires, Régie régionale;
  - une information partagée et accessible en fonction des territoires de chacun : arrondissements, territoires de CLSC, territoires des commissions scolaires.

6.2 INTÉGRATION ET COORDINATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DÉCOUPAGES TERRITORIAUX

Au sein même du réseau montréalais de la santé et des services sociaux se pose, à Montréal la question de la contribution de l'approche territoriale à l'intégration et à la coordination des services, notamment dans les continuums de services suivants : soins de première ligne, services aux personnes âgées en perte d'autonomie, santé physique et santé mentale. La même question se pose aussi quant aux services jeunesse où la collaboration entre les CLSC, les centres jeunesse et les commissions scolaires est essentielle.

Ici encore, la situation montréalaise est complexe : d'abord, parce qu'il existe une multiplicité d'acteurs qui répondent chacun à une partie des besoins de la population et qui doivent se coordonner pour rendre accessibles des services intégrés et continus.

LES PISTES DE SOLUTION

- Harmonisation et simplification sur la base des territoires de CLSC et des sous-régions proposées par le Département régional de médecine générale
- Liaison et normalisation
  - protocoles cliniques communs
  - outils électroniques de communication
  - réseau d'accès rapide aux services diagnostiques

Proposition de révision
Les CLSC et les sous-régions du DRMG

7.
Défis de gestion 2003-2006

L'atteinte des objectifs proposés en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population montréalaise nécessitera de relever 6 défis importants en matière de gestion du réseau régional :

1. **Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité :**
   - les ententes de gestion avec les établissements
   - une évaluation équilibrée des résultats et de la performance
2. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins**
3. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre**
4. **Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes**
5. **Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise**
6. **Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006**

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité

Ajouter des ressources additionnelles dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux ne portera fruit que si l'on gère, de façon optimale, l'ensemble des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles dont nous disposons.

Avant de songer aux développements à venir, qui représenteront potentiellement une hausse récurrente d'environ 3 % par année d'ici 2006, il faut s'intéresser au 100 % actuel, qui représente, à Montréal, en 2002-2003, 4,133 milliards $ soutenant la prestation de services offerts par 82 500 employés et permettant de subventionner, à la hauteur de 50,5 M$, plus de 500 organismes communautaires. De même, nous disposons d'un parc d'actifs immobiliers d'une valeur de remplacement de 4 milliards $ et d'actifs informationnels évalués à plus de 200 M$.

À ces ressources s'ajoutent la contribution de 3 216 spécialistes et 2 190 omnipraticiens, qui ont reçu une rémunération globale de 722 915 691 $ en 2000-2001.

Les ressources actuelles servent principalement à financer les services de santé physique (48,5 %), les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (25,5 %) et les services de santé mentale (11 %). Ensemble, ces trois programmes mobilisent 85 % des ressources financières. Depuis 1994-1995, la répartition des ressources entre ces différents programmes est demeurée relativement stable.

Pour reconnaître et optimiser l'ensemble du travail effectué par les établissements responsables de la livraison des services de santé et des services sociaux efficients, efficaces, pertinents et satisfaisants pour les personnes qui les reçoivent, nous misons notamment sur deux outils structurants et stimulants.

7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements

Historiquement au Québec, l'offre de services a évolué en fonction des ressources disponibles et des énergies déployées par les établissements pour assurer leur développement. Comme l'a montré la Commission Clair, cette approche doit, de toute urgence, être révisée afin d'assurer une meilleure intégration des services et d'améliorer l'efficience du système.

Avec les dernières modifications législatives, chaque régie a l'obligation de conclure une entente avec le ministère. Le contenu spécifique de ces ententes reste encore à élaborer mais on sait déjà qu'elles définiront des objectifs nationaux de santé et de bien-être, certains standards de qualité, le niveau d'activités qui devra être produit dans la région ainsi que les ressources allouées pour réaliser pour atteindre des résultats visés.

Pour respecter son entente avec le ministère, la Régie doit, à son tour, signer une entente de gestion avec chacun des établissements de son territoire. Cette entente doit être élaborée en collaboration avec les établissements pour être transparente et équitable. Elle doit clarifier le mandat et les responsabilités des établissements, en plus de spécifier les résultats attendus ainsi que les indicateurs et moyens qui seront utilisés pour évaluer l'atteinte des résultats.

Des ententes à quatre volets

De façon à refléter l'esprit de la loi et les exigences exprimées par le ministre, les ententes de gestion comprendront quatre volets. Le premier définira les volumes de services à offrir et le deuxième, les ressources accordées à l'établissement pour rendre ces services. Dans le troisième volet, on établira la contribution attendue de la part de l'établissement dans l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux découlant des plans stratégiques du ministère et de la Régie. Le

quatrième et dernier volet spécifiera les indicateurs et le processus d'évaluation qui seront utilisés pendant et à la fin de l'entente de gestion. Il est prévu que les ententes seront négociées chaque année, mais il est clair qu'elles s'inscriront dans une perspective triennale.

7.1.2 Évaluer pour s'améliorer

L'évaluation dans une perspective d'amélioration continue de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de la performance du réseau sociosanitaire est une priorité de la Régie régionale de Montréal depuis 1994.

Nous pensons maintenant que les conditions sont réunies pour généraliser, dans tous les établissements de Montréal, l'implantation d'un programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers adapté aux particularités de la région et pour inclure dans les ententes de gestion des objectifs dans ce domaine.

Les résultats attendus

- Amélioration continue et observable de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience et de l'adaptation des services.
- Information à la population sur les résultats obtenus.

Les actions proposées

- Implanter un outil informationnel permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs des plans régionaux et de suivre les ententes de gestion avec les établissements.
- Mettre sur pied cet outil informationnel, à partir des données actuellement disponibles, afin de suivre les objectifs inclus dans les plans régionaux et les ententes de gestion.
- Développer et valider, avec les acteurs du réseau, des indicateurs inclus ou à inclure dans le modèle d'évaluation de la performance du réseau régional et dans celui des établissements.
- Intégrer progressivement dans l'outil informationnel, de nouveaux indicateurs de performance du réseau et des établissements.
- Analyser des facteurs associés à la performance afin de dégager des pistes d'action pour améliorer les services.
- Évaluer les résultats en fonction des différentes variables géographiques et sociodémographiques.
- Diffuser des résultats de l'évaluation de la performance auprès des partenaires et de la population.
- Améliorer, de façon continue, la mesure de la performance.

Les résultats attendus

- Des programmes d'amélioration continue de la satisfaction des usagers dans tous les établissements.
- 60 % des patients très satisfaits dans tous les établissements et les services évalués.
- Une amélioration des résultats obtenus dans les Bulletins de santé 2002 et 2003 (hôpitaux et CLSC).

Les actions proposées

- Inclure des objectifs d'amélioration au chapitre de la satisfaction des usagers, dans les ententes de gestion à signer avec les établissements. Cela devrait commencer dès 2003-2004, en convenant d'objectifs d'amélioration en lien avec les résultat obtenus dans les Bulletins de santé des établissements concernés : hôpitaux, CLSC.
- Mettre à la disposition des établissements l'ensemble des instruments développés, incluant les supports informatiques (SEQUS, SIGP) nécessaires à la gestion des programmes d'amélioration sur le plan local et régional, permettant ainsi une évaluation continue.
- Évaluer périodiquement l'évolution des attentes de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux et de leur degré d'importance relative.
- Supporter le Forum de la population dans l'élaboration de ses recommandations sur les moyens à implanter pour améliorer la satisfaction de la population.
- Supporter les gestionnaires et les commissaires locaux à la qualité des services dans la gestion des programmes d'amélioration continue de la qualité.
- Collaborer avec les organismes d'accréditation (Conseil canadien, Conseil québécois) à l'évolution cohérente et à l'harmonisation des outils d'évaluation utilisés en matière d'agrément, des bulletins de performance et de suivi des ententes de gestion.
- Veiller à l'application de la Loi 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, en s'assurant que tous les établissements :
  - mettent sur pied un comité de gestion des risques et de la qualité
  - élaborent une politique de divulgation de tout accident ou incident
  - constituent un registre local pour la déclaration de tout accident ou incident.
- Implanter, dans tous les hôpitaux de soins généraux et spécialisés, un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours.

Ressources financières additionnelles requises

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité :

- les ententes de gestion dans les établissements
- une évaluation équilibrée des résultats et de la performance

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Soutien à l'implantation d'un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours		4,8		
Généralisation du programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers		1,5		
TOTAL		**6,3**		

7.2 *S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins*

La mise en œuvre des priorités du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 nécessite un deuxième défi de gestion, soit celui de déployer des stratégies efficaces pour s'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins.

Pour relever ce défi, nous devons :

- Favoriser la participation.
- Assurer des processus de prise de décision rapide.
- Entretenir des liens de communication avec les médecins.

C'est dans cette perspective que les deux projets de plan d'organisation des services médicaux, faisant partie intégrante de la consultation devant mener à l'adoption de notre plan stratégique 2003-2006, ont été élaborés par des médecins montréalais.

Les médecins sont consultés directement sur ces deux projets, ainsi que sur le plan stratégique et le plan d'action montréalais en santé publique. De plus, la synchronisation des processus favorise la cohérence et la transparence dans le processus de décision.

7.2.1 Les médecins généralistes

Le plan d'organisation

Dans le projet de Plan d'organisation des services médicaux généraux, le Département régional de médecine générale propose, comme but, l'amélioration de l'organisation des services médicaux de première ligne.

Les résultats attendus

- L'accès 365 jours par année à des services globaux assurant la prise en charge et la continuité.
- La prise en charge des clientèles vulnérables.

Les actions proposées

- Mettre sur pied un réseau de services intégrés médicaux de première ligne, accessible 365 jours par année, assurant des soins globaux, la prise en charge et la continuité pour l'ensemble de la population à desservir, favorisant et supportant le regroupement des ressources médicales existantes.
- Assurer la prise en charge, dans une perspective de complémentarité avec le réseau, des clientèles vulnérables en perte d'autonomie dû au vieillissement, à une maladie chronique ou à une maladie terminale et ce, dans chacune des sous-régions.
- Implanter l'organisation des services médicaux de première ligne pour les clientèles avec problèmes de santé mentale, dans un modèle de soins partagés entre les omnipraticiens et les équipes spécialisées

Les actions proposées (suite)

en psychiatrie, pour un réseau intégré de soins continus en psychiatrie dans chacune des sous-régions du Département régional de médecine générale.

- Intégrer les pratiques cliniques préventives dans l'exercice médical courant

De plus, dans le projet de Plan d'organisation des services médicaux généraux, le Département réitère la nécessité d'avoir, en première ligne, accès, dans les meilleurs délais, aux services diagnostiques et aux services médicaux spécialisés.

Ces propositions sont cohérentes avec les actions proposées dans le cadre des priorités montréalaises 2003-2006 présentées au chapitre 5, notamment celles concernant :

- le développement des groupes de médecine de famille (GMF);
- le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques;
- les réseaux intégrés pour les clientèles vulnérables;
- la prévention.

La consultation des médecins et de l'ensemble du milieu nous permettra de bonifier les projets soumis à la consultation. Par la suite, le Département régional de médecine générale déposera, pour adoption, un projet révisé de plan d'organisation des services médicaux généraux.

Le plan d'effectifs

Les données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), analysées dans le projet de Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux démontrent clairement que, de 1992 à 2001, la pratique médicale s'est déplacée vers les établissements tels que les CLSC et les CHSLD au détriment des services dans les cabinets et les cliniques (-107,7 ETP). Comme ces derniers constituent la principale porte d'entrée pour assurer l'accessibilité aux services médicaux, cette constatation préoccupe le Département régional de médecine générale.

Les résultats attendus

- Un plan d'effectifs médicaux permettant la réalisation des priorités 2003-2006 et le maintien des services de deuxième ligne.

Les actions proposées

- Élaborer le plan régional des effectifs médicaux généraux en conformité avec les orientations ministérielles et les besoins de notre région et faire connaître les règles de gestion.
- Mettre à jour et évaluer les besoins en omnipratique dans tous les établissements de notre région, afin de déterminer les établissements et les secteurs prioritaires qui présentent des besoins réels et immédiats en effectifs médicaux, dans l'ordre suivant :
  1. centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
  2. CLSC et cabinets
  3. centres d'hébergement et de soins de longue durée et centres hospitaliers de soins psychiatriques
  4. centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant une mission de réadaptation, centres de réadaptation, etc.
- Établir des critères de répartition et de besoins relatifs aux effectifs médicaux adaptés à la réalité de notre région, afin de sauvegarder les acquis et d'assurer une deuxième ligne, sans interruption de services.
- Identifier et dresser une liste des activités médicales particulières et des secteurs priorisés afin de maintenir la pratique omnipratique en deuxième ligne, sans fragiliser la première ligne.
- Mettre en œuvre la réorganisation de la première ligne et évaluer les besoins nécessaires en effectifs, afin d'assurer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des services médicaux adaptés aux besoins de la population.
- Adapter le plan régional des effectifs médicaux en fonction des plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et du Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux du Département régional de médecine générale.

7.2.2 Les médecins spécialistes

Le plan d'organisation

Dans le cas des médecins spécialistes, la Commission médicale régionale, qui joue un rôle consultatif auprès du conseil d'administration de la Régie, a élaboré un avis proposant les bases sur lesquelles on devrait élaborer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et les plans d'effectifs dans les 34 spécialités concernées.

Première partie : « L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité » :

La hiérarchisation des services médicaux et la définition des champs d'exercice

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncés.
- Que le président-directeur général de la Régie régionale :
  - sensibilise toutes les directions de la Régie régionale de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal respecte et repose sur ce concept;
  - sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements, et tous les médecins du territoire, de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal respecte et repose sur ce concept;
  - fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;
  - fasse des représentations auprès des fédérations médicales et du ministère pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex. : mode de rémunération, adaptation des plans régionaux des effectifs médicaux, des budgets, du réseau de communication, etc.);
  - sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés.
- Que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.

L'accessibilité au plateau technique

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, la Commission médicale régionale recommande :

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives.
- Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients.
- Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis.
- Qu'un comité conjoint (Direction des affaires médicales - Commission médicale régionale - Département régional de médecine générale) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier, tenant compte des contraintes identifiées, afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire.

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR) (suite)

- Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne.
- Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation prédoctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation).
- Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables
- Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale de l'état de réalisation de ces recommandations.

L'accessibilité à la consultation en spécialité

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Régie régionale de Montréal supporte, de façon prioritaire, l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS).
- Que la Régie régionale de Montréal demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) ainsi que du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants.
- Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possibles au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents).
- Que la Régie régionale de Montréal, en collaboration avec les établissements encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé.
- Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information.
- Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire, afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions.
- Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables.
- Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale de l'état de réalisation de ces recommandations.

Deuxième partie : « Principes directeurs devant guider son développement - Le réseautage : un modèle pour des services plus accessibles » :

La collaboration et la complémentarité entre établissements, avec autonomie relative dans chacune des sous-régions

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Table des directeurs des services professionnels, en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales et universitaires[2] sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales et universitaires déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'un ajout d'effectifs médicaux dans le cadre d'une entente entre établissements.
- Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :
  - L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde ;
  - Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qui feront l'objet des ententes.
  - La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres;
    - de la croissance des coûts, là où les services sont rendus
    - de l'augmentation de l'offre de service.
- Que la Direction des affaires médicales et universitaires, en concertation avec la Commission médicale régionale, gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsque indiqué.
- Que la Direction des affaires médicales et universitaires obtienne du ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.
- Que la Table des directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction des services spécialisés, ultraspécialisés et de réadaptation en santé physique, identifient les services dans les établissements universitaires, qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et une collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires.

  Dans ce contexte, l'établissement, dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement, devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés : ex. : utilisation du bloc opératoire pour chirurgie.
- Que la Régie régionale et le ministère acceptent comme modèle un contrat et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

2 | Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs, Comité PROSEM, CMR, mai 2002, annexe 2

Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se penche sur ces aspects et en tienne compte dans la prochaine planification de l'effectif médical.
- De même, la Commission médicale recommande que la Régie régionale et les établissements s'entendent pour concentrer certains types d'activités chirurgicales et pour faciliter l'accessibilité au bloc opératoire.

De plus, la Commission a élaboré des principes qui devraient être respectés lorsque des processus de concentration des services médicaux spécialisés et de désignation de centres hospitaliers sont entrepris. Les recommandations de la Commission sur ces sujets ont déjà été présentées au chapitre 5, à l'intérieur de la priorité 5.4 « Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés ».

Les cliniques médicales affiliées

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que le président-directeur général de la Régie régionale intervienne auprès du ministère pour que soient mises en place, avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes, des cliniques médicales affiliées.

Le plan d'effectifs

La Commission a élaboré une série de recommandations concernant :

- la méthodologie pour définir les besoins en effectifs médicaux spécialisés
- les spécialités de base qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

Spécialités de base	
anatomopathologie	psychiatrie
anesthésiologie	chirurgie orthopédique
chirurgie générale	gynécologie
médecine interne	radiologie diagnostique

- les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire;
- la concentration des services et des effectifs médicaux ultraspécialisés;
- l'organisation des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale.

À la demande de la Commission, ces recommandations présentées de façon détaillée dans son avis[1] ont fait l'objet d'une consultation auprès des principaux groupes concernés, plus particulièrement les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, le Collège et les associations professionnelles des médecins, de même que les deux facultés de médecine.

Cet avis sera évidemment un des éléments importants à considérer, avec le contenu de la nouvelle entente qui vient d'être conclue avec la Fédération des médecins spécialistes, lors de l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services et des plans d'effectifs par spécialité, que nous avons à adopter au cours des prochains mois et des prochaines années.

1 « *Accès en actions* », Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux. Avis de la Commission médicale régionale. Décembre 2002

7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre

La réalisation des priorités telles qu'énoncées au chapitre 5 nécessite une injection significative de ressources. Dans l'absolu, la contribution de plus de 4 000 personnes additionnelles serait requise. Dans le contexte de pénurie actuelle et appréhendée, nous sommes forcés de constater que les solutions aux problématiques du réseau ne pourront s'implanter en utilisant les approches traditionnelles.

Certaines réflexions en ce domaine deviennent alors incontournables :

L'actualisation de la Loi 90 et les exercices d'organisation du travail nous permettront-ils de réallouer certaines ressources ?

Comment la technologie peut-elle soutenir notre efficience ?

Quels sont les développements véritablement incontournables ?

Quelle pourrait être la contribution des organismes communautaires, du secteur de l'économie sociale, des professionnels en cabinets privés et des entreprises privées ?

Les aidants naturels pourraient-ils assumer le recours à certains services par le biais d'une allocation directe ?

Le réalisme dans la réalisation de nos projets nous obligera à être imaginatifs dans l'utilisation des ressources.

7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré

Les résultats attendus

- Dépôt d'un plan local de main-d'œuvre par chaque établissement (effectifs en places et besoins prévisionnels).
- Plan d'action régional pour chaque secteur d'emploi en situation de pénurie.

Les actions proposées

- Articuler une planification de main-d'œuvre intégrée entre les établissements et la Régie régionale, de façon à agir plus rapidement pour répondre aux besoins prévisionnels quantitatifs et qualitatifs.
- Fournir à chaque établissement un outil et le support nécessaires à la planification de ses besoins et l'évolution de ses effectifs, en lien avec les plans régionaux de services.
- Élaborer en concertation avec les établissements, un plan d'action spécifique pour chaque secteur d'emploi en situation de pénurie tels que les soins infirmiers, les services psychosociaux, la réadaptation, les services administratifs et les services reliés aux ressources matérielles.
- Réaliser des actions régionales ciblées et concertées pour favoriser la rétention, contrer les pénuries, en réduire les coûts sur le plan local, éviter les dédoublements d'actions.
- Se doter d'un système d'information intégré (Régie régionale - établissements), simple et efficace, pour mieux estimer les besoins et permettre une répartition des ajouts de personnel selon les priorités établies (court, moyen et long termes).

7.3.2 Réviser l'organisation du travail

Les résultats attendus

- Un projet structuré de réorganisation du travail dans chaque établissement.
- Un programme régional de formation et de sensibilisation en soutien à la réorganisation du travail.

Les actions proposées

- Adapter le programme de réorganisation du travail en soins infirmiers à l'ensemble des secteurs d'activités pertinents du réseau de la santé et des services sociaux.
- Favoriser la mise en œuvre d'un programme de réorganisation du travail dans chaque établissement.
- Rendre disponible aux gestionnaires et aux intervenants concernés un soutien et des programmes adaptés de formation en vue de la révision des processus et des modèles d'organisation du travail et de l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90).

7.3.3 Assurer la relève des cadres

Les résultats attendus

- Formation de 1 245 personnes pour assurer la relève des cadres d'ici 2006.

Les actions proposées

- Réaliser un programme de relève pour les cadres supérieurs.
- Veiller à l'évolution du contenu des programmes de développement pour les cadres supérieurs et intermédiaires en fonction des besoins.
- Faire le repérage de la relève des cadres supérieurs et intermédiaires pour les trois prochaines années.
- Revoir les politiques de dotation et de recrutement pour les cadres supérieurs et intermédiaires.
- Soutenir le développement des candidats par des mesures de financement appropriées.
- Identifier et proposer des modifications aux conditions de travail et d'exercice à des fins de rétention et d'attraction des cadres.
- Identifier et proposer des approches organisationnelles permettant de réduire nos écarts en besoin de main-d'œuvre cadre.

Les résultats attendus

- Disponibilité d'un bassin régional de candidats évalués, qualifiés et formés au rôle de cadre.

Les actions proposées

- Créer un bassin régional de candidats évalués, qualifiés et formés au rôle de cadre supérieur et de cadre intermédiaire, permettant aux établissements d'y combler leurs besoins de recrutement :
  - Phase I : 2003-2004 (cadres supérieurs)
  - Phase II : 2004-2006 (cadres intermédiaires)

7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'oeuvre

Les résultats attendus

- Des conditions de travail et d'exercice mieux adaptées aux besoins et aux valeurs des jeunes travailleurs.
- Recrutement des jeunes travailleurs pour combler les nouveaux postes offerts.

Les actions proposées

- Faire la promotion des disciplines particulièrement visées par la pénurie dans les écoles secondaires et collégiales, de même qu'à certains salons d'éducation et ce, tant auprès des jeunes que des orienteurs.
- Poursuivre notre participation au Guide de l'emploi, véhicule privilégié pour atteindre les jeunes en recherche d'une orientation de carrière.
- Réaliser une campagne publicitaire auprès des jeunes et de la population vivant en périphérie de Montréal pour rendre la région montréalaise attrayante comme milieu de travail.
- Se montrer un employeur soucieux de l'environnement en mettant en place un centre de gestion des déplacements (alternatives au transport en auto en solo) en collaboration avec l'Agence métropolitaine de transports.
- Appuyer des programmes novateurs qui visent à modifier les conditions de travail et d'exercice dans le but de mieux les harmoniser avec les valeurs des jeunes (ex. : conciliation travail-famille, formation continue, empowerment, environnement technologique, etc.).

Les actions proposées (suite)

- Étudier les possibilités d'offrir des conditions de travail différentes pour certaines catégories d'emploi œuvrant dans la métropole.
- Montréal étant une région multiculturelle, faire valoir auprès des établissements les avantages de la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi (Loi 143) pour recruter auprès d'une population ethnique, réputée à la recherche d'emploi.
- Faire connaître les « bons coups » des établissements dans leurs efforts d'attraction du personnel.

Accueil des stagiaires

Les résultats attendus

- Un mécanisme de coordination régionale efficace.
- Une augmentation du nombre de milieux de stage.

Les actions proposées

- Mettre sur pied, en collaboration avec nos partenaires de l'éducation, un mécanisme régional de coordination des stages.
- Doter le réseau régional d'un système d'information permettant de mieux monitorer et coordonner l'offre et la demande de stages.
- Accorder des mesures incitatives au personnel senior pour les intéresser à l'organisation de stages et à l'enseignement.
- Faire en sorte, avec de nouvelles approches et des horaires adaptés, de rendre accessibles des stages pendant toute l'année.

Développer le mentorat

Les résultats attendus

- Le maintien en emploi du personnel senior pour permettre le transfert du savoir avant le départ à la retraite.
- Un encadrement adéquat à toutes les nouvelles personnes embauchées et à celles ayant deux ans et moins d'expérience.

Les actions proposées

- Mettre sur pied des équipes régionales de mentors agissant comme agents multiplicateurs au sein des établissements.
- Implanter le programme, en 2004-2005, dans les hôpitaux de courte durée.
- Étendre le programme à l'ensemble du réseau en 2005-2006.

7.3.5 Soutenir le développement des compétences

Les résultats attendus

- Réalisation d'un plan de développement des compétences associées à la réalisation des objectifs stratégiques.

Les actions proposées

- Se doter d'un plan de développement des compétences, associé aux objectifs qui seront finalement retenus dans le plan stratégique 2003-2006.
- Organiser des activités de formation interactive sur l'intégration des services et des activités de développement des compétences collectives nécessaires au travail en réseau.

7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail

Les résultats attendus

- Augmentation de la disponibilité et de la mobilité d'infirmières dans les secteurs névralgiques.
- Augmentation de la stabilité des équipes de travail.

Les actions proposées

- Supporter financièrement la formation d'infirmières en spécialité, augmentant la disponibilité et la mobilité d'infirmières dans les secteurs névralgiques, tel que l'urgence.
- Obtenir le financement nécessaire à l'achat d'équipements et d'outils technologiques ayant pour objectifs :
  - l'allégement des tâches
  - la valorisation
  - la diminution du temps d'intervention
  - la réduction de déplacements
  - la satisfaction au travail.
- Mettre sur pied des groupes témoins :
  - de jeunes infirmières afin d'identifier les conditions facilitantes de travail et d'exercice favorisant la rétention ou le retour dans le réseau montréalais
  - d'infirmières ayant quitté le réseau d'établissements de santé mais exerçant toujours la profession d'infirmière (agences) afin d'identifier les conditions facilitantes de travail et d'exercice qui pourraient les inciter à un retour vers le réseau montréalais.
- Faire connaître aux partenaires, à l'intérieur des cadres législatifs, les possibilités de définir des règles permettant la mobilité entre les accréditations au sein d'un même établissement.
- Mettre sur pied des projets interétablissements ayant pour objectif de garantir aux établissements une stabilité de prestation de travail et aux personnes salariées, un nombre de jours de travail susceptible d'être mieux adapté à leurs besoins.
- Supporter financièrement les établissements dans la mise en place de projets novateurs concernant l'aménagement du temps de travail dans un but de rétention et d'amélioration des conditions d'exercice.
- Identifier les irritants conventionnés et faire les recommandations appropriées auprès des instances négociantes.

Les résultats attendus

- Réduction de la croissance des coûts d'assurance-salaire.
- Augmentation de la présence au travail.
- Révision des pratiques de gestion des régimes d'indemnisation par les établissements visés.

Les actions proposées

- Supporter financièrement des projets novateurs à caractère préventif, agissant sur les principaux déterminants de la santé, (ex : une bonne hygiène de vie, l'exercice physique, le soutien social et psychologique, etc.).
- Supporter financièrement des projets novateurs visant à réduire les risques reliés au travail et ayant une incidence sur la santé mentale.
- Outiller les gestionnaires pour mieux dépister les signes avant-coureurs chez le personnel présentant des risques d'absence.
- Octroyer des mesures incitatives financières pour les établissements performants en matière d'assurance-salaire ou de réduction du décrochage.

7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre

Les résultats attendus

- Des objectifs mesurables de mobilisation de la main-d'œuvre.
- Des incitations à les atteindre.

Les actions proposées

- Inclure dans les ententes de gestion des objectifs mesurables et des incitations en matière de mobilisation de la main-d'œuvre dans chacun des établissements.
- Soutenir le développement des compétences en lien avec les priorités du plan stratégique 2003-2006.
- Reconnaître les réussites de façon tangible.
- Développer une stratégie régionale de mobilisation de la main-d'œuvre.

7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel

Les résultats attendus

- Réussite de l'implantation des changements prévus à la réalisation du plan stratégique 2003-2006.

Les actions proposées

- Rendre accessibles les ressources et l'expertise requises en accompagnement des changements lors du développement et du déploiement des projets majeurs prévus dans le plan stratégique 2003-2006.
- Rendre accessibles les ressources requises pour soutenir, en matière de développement organisationnel, les petits établissements dans l'implantation de changements ou de projets majeurs.
- Identifier les projets nécessitant un soutien en accompagnement du changement et en développement organisationnel.

L'ensemble des éléments du Plan de disponibilité et de mobilisation de la main-d'œuvre nécessitera des dépenses non récurrentes de 26,6 M$.

Ressources financières additionnelles requises

7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré		3,8		
7.3.2 Réviser l'organisation du travail		3,5		
7.3.3 Assurer la relève des cadres		5,2		
7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'œuvre		8,2		
7.3.5 Soutenir le développement des compétences		0,4		
7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail		3,6		
7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre		0,7		
7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel		1,2		
Total		**26,6**		

Diverses sources de financement complémentaires peuvent être mises à contribution pour réunir les fonds nécessaires à la réalisation du Plan de développement et de mobilisation de la main-d'œuvre.

Les principales sources de financement envisagées sont :

- les programmes existants de stabilité et de sécurité et de formation de la main-d'œuvre;
- les subventions d'autres ministères ou organismes;
- l'autofinancement, à partir d'achats de services effectués par les établissements;
- l'allocation, sur une base non récurrente, d'un pourcentage des budgets de développement qui seront reçus et octroyés de 2003 à 2006.

Sources de financement

	À financer : 26,6 M$ non récurrent
- Autofinancement par les établissements utilisateurs : - soutenir le développement organisationnel, plans locaux de main-d'œuvre, formation de la relève pour les cadres supérieurs	- 5,1 M$
- Enveloppe régionale de stabilité et de sécurité d'emploi	- 5,7 M$
- Budget régional de développement du personnel d'encadrement	- 1,5 M$
- Subvention du ministère des Transports	- 0,2 M$
- **Allocation non récurrente, pour trois ans, d'un pourcentage de développements de services**	**14,1 M$**

7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes

Le projet de Plan stratégique 2003-2006 mise sur de nouveaux modes d'organisation des services :

- la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF) en liaison avec les CLSC et les centraux Info-Santé, accessibles 24 heures/7 jours;
- le déploiement d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques par la désignation de GMF, CLSC ou cliniques médicales accessibles de 8 heures à 21 heures, avec accès au laboratoire et à l'échographie;
- la mise sur pied de programmes et de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables;
- le développement d'équipes décloisonnées interétablissements notamment dans le secteur jeunesse.

L'atteinte des objectifs visés nécessite de relier, par des outils informationnels adéquats, les différents professionnels et établissements qui ont à collaborer pour assurer des services de qualité de façon continue à la population. La mise en réseau nécessite le déploiement d'outils de communication et de protocoles standardisés, permettant à ceux qui rendent les services, de communiquer entre eux de façon efficace, efficiente et sécuritaire.

7.4.1 Informatiser 58 groupes de médecine de famille (GMF)

Les résultats attendus

- L'informatisation des GMF
- L'établissement d'une liaison électronique avec les GMF

Les actions proposées

- Installer en réseau l'infrastructure requise (postes de travail, serveurs).
- Installer des applications de base comme :
  - Office
  - Lotus Notes
  - Norton Antivirus
  - Secure remote Client.
- Installer un lien Internet haute vitesse.
- Installer des applications administratives et cliniques.

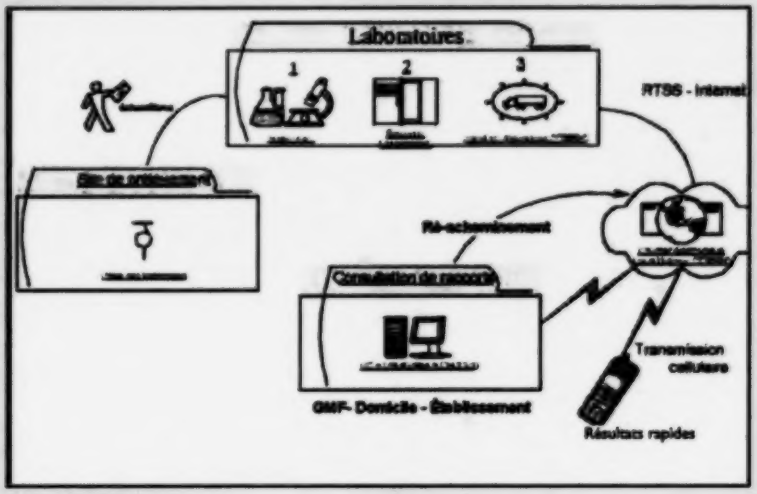
Dans une première phase, les applications suivantes sont prévues :

1. L'inscription des patients en ligne avec la RAMQ

Les actions proposées (suite)

2. La liaison électronique avec un central Info-Santé 24/7 et le réseau
   - transmission de la liste des médecins de garde;
   - accès au répertoire informatique des ressources sociosanitaires;
   - inscription de la clientèle vulnérable au services Info-Santé 24/7;
   - implantation de la Demande de services inter-établissements (DSIE).
3. L'accès aux résultats de laboratoire par l'installation de CÉRPRO (classeur électronique des résultats pour professionnels) ou de toute autre application jugée aussi ou plus fonctionnelle.

Intégration de CÉRPRO Courrier : Fonctionnement



4. Le prescripteur et l'aviseur pharmacologique :
   - le GMF constitue le profil pharmacologique initial du patient;
   - le GMF peut saisir les allergies, intolérances ou pathologies du patient;
   - le GMF peut enregistrer les nouvelles prescriptions pour le patient qui modifient instantanément le profil du patient;
   - le logiciel vérifie chaque nouvelle entrée pour la détection des interactions médicamenteuses, les allergies, les intolérances, les contre-indications en regard de certaines pathologies;
   - le logiciel met à la disposition de l'utilisateur des fiches détaillées pour chaque médicament;
   - le logiciel permet à l'utilisateur d'imprimer des fiches conseils qui seront remises au patient.

Les actions proposées (suite)

- Former et supporter les utilisateurs.

  Le Technocentre régional assure la formation (Windows, Lotus Notes, Fureteur) et le premier niveau de service à titre de guichet unique.

  Le cas échéant, la liaison se fera avec un deuxième niveau de service selon l'application concernée (Sogique, RAMQ, fournisseur privé).

  Le financement de cette première phase est assuré, en grande partie, par le ministère. Le plan de financement couvre :

  - les équipements;
  - la formation et le support aux utilisateurs;
  - les applications cliniques essentielles à la prise en charge;
  - le lien de télécommunication;
  - l'entretien et l'évolution des solutions cliniques.

7.4.2 Doter le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques et des outils informationnels requis

Les résultats attendus

- L'accès rapide aux services diagnostiques en première ligne.
- La transmission électronique des requêtes et des résultats.

Les actions proposées

- Mettre sur pied les infrastructures matérielles requises dans les points de service concernés.
- Assurer le déploiement des applications et la formation de leurs utilisateurs.
- Mettre en place les modalités de support et d'entretien offerts aux points de service par le technocentre régional.
- Identifier les investissements nécessaires pour que les centres de production accordent le niveau souhaité d'accès et de disponibilité de l'information clinique.
- Participer avec le ministère au déploiement d'infrastructures régionales notamment : l'index patient et les entrepôts de données cliniques régionaux.

7.4.3 Assurer le déploiement en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE), des avis de naissance (ADN) et de l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC)

Les résultats attendus

- La prise en charge assurée de la clientèle à la fin d'un épisode de soins.
- La continuité des services périnataux.
- Un outil unique standardisé pour l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie.

Les actions proposées

- Obtenir du ministère que la demande de services interétablissement (DSIE) soit déclarée un actif d'intérêt commun et bénéficie du soutien nécessaire à son déploiement provincial, à son support et à son évolution.
- Assurer le déploiement régional de l'outil DSIE dans tous les hôpitaux et les CLSC, dans un premier temps, puis dans tous les établissements par la suite.

  Ce genre d'outil nécessite un déploiement rapide et synchronisé pour éviter que les établissements soient obligés de maintenir en parallèle un service de transmission-réception manuel (télécopieur) et électronique (DSIE).
- Assurer le déploiement de l'outil Avis des naissances dans les hôpitaux accoucheurs et les CLSC de la région, la Direction de santé publique et le Directeur de l'État civil.
- Supporter le déploiement de l'Outil d'évaluation multiclientèles en format électronique lorsqu'il sera disponible.
- S'assurer d'une synchronisation des déploiements avec les régions voisines (Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie) compte tenu du nombre de personnes résidant dans le bassin de desserte des hôpitaux montréalais.

7.4.4 Généraliser l'implantation d'un système d'information sur les urgences dans tous les hôpitaux ayant une salle d'urgence

Les résultats attendus

- L'accès à de l'information pertinente favorisant l'identification de moyens d'action permettant la réduction des durées de séjour à l'urgence.

Les actions proposées

- Faciliter le déploiement de systèmes d'information dans les urgences des établissements qui ne disposent d'aucun système à ce jour. Pour ce faire, obtenir les garanties nécessaires quant à la subvention nationale et y adjoindre une subvention régionale.
- Favoriser une approche normalisée qui confère à la région un levier additionnel dans sa capacité de faire évoluer l'outil de gestion retenu par le plus grand nombre d'établissement possible. Le corollaire consiste à éviter la multiplication des frais d'évolution sur un nombre plus important de produits offerts par des fournisseurs distincts.
- Déployer, aux frais de la Régie, dans tous les établissements concernés, un outil normalisé de type « entrepôt de données », qui dote les établissements d'un outil de gestion facilitant l'analyse rétrospective et qui permette à la Régie d'obtenir une information identique mais dénominalisée de tous les établissements.
- Créer à l'échelle régionale, une expertise spécifique en matière d'analyse et d'interprétation des données et des indicateurs disponibles et appuyer l'analyse individuelle des établissements et la comparaison de leurs modes de gestion.

7.4.5 Initier et compléter le déploiement des systèmes nationaux prioritaires

Les résultats attendus

- Le déploiement complété des systèmes d'information nationaux prioritaires.

Les actions proposées

- Compléter le déploiement du système d'information PIJ pour les services aux jeunes en difficulté.
- Initier le déploiement du système de gestion des accès aux services (SGAS) en cardiologie et en radio-oncologie.
- Compléter le déploiement du système de gestion du sang (SIIATH).
- Finaliser le déploiement du système d'information des centres d'hébergement (SICHELD).

7.4.6 Doter la région d'un Intranet régional

Les résultats attendus

- La création d'un Intranet régional servant de point d'appui :
  - aux échanges d'informations cliniques et administratives;
  - aux outils d'aide à la décision;
  - aux entrepôts de données;
  - aux communautés de pratique.

Les actions proposées

- Développer une vision d'ensemble partagée entre les acteurs ciblés du secteur sociosanitaire de la région.
- Développer un prototype d'Intranet qui réunit les éléments et outils souhaités et en assurer le pilotage.
- Obtenir l'appui des directions d'établissements pour assurer le rôle fédérateur et l'unicité de cet outil.
- Compléter la mise en place de l'Intranet et diffuser ses modalités d'opération et son cadre de gestion.

7.4.7 Doter la région d'un Carrefour d'information sociosanitaire

Les résultats attendus

- Un meilleur accès à l'information :
  - l'intégration de l'analyse et de l'interprétation des données sociosanitaires aux activités de traitement des données (validation, conservation, unicité);
  - la gestion et l'organisation des différentes banques d'information disponibles dans le réseau.

Les actions proposées

- Finaliser l'élaboration du projet de carrefour suite à une consultation des partenaires régionaux.
- Réviser le projet initial d'Infocentre régional en conséquence et en préciser les phases d'implantation selon les priorités retenues.
- Implanter le carrefour en s'appuyant sur l'infrastructure du Technocentre régional.

Ce carrefour faciliterait l'accès aux différents infocentres pertinents à Montréal, au Québec, au Canada et dans le monde.

Les besoins financiers pour la réalisation de certains projets proposés en matière de ressources informationnelles ont déjà été pris en compte dans le cadre des priorités proposées pour 2003-2006, ou bénéficient déjà d'un financement assuré :

- informatisation des GMF;
- informatisation des points de services du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques;
- élaboration du prototype d'un Intranet régional;
- déploiement, en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE) et des avis de naissance (ADN);
- mise en œuvre d'un Carrefour d'information sociosanitaire.

Plusieurs déploiements sont déjà dotés d'un plan de financement national (informatisation des laboratoires, PIJ, SICHELD, SIIATH, SGAS, SIURGE). Au cours de la consultation sur le plan stratégique 2003-2006 et lors de l'élaboration des ententes de gestion entre le ministère et la Régie régionale de même qu'entre la régie et les établissements concernés par ces projets, il y aura lieu de valider ou d'identifier les impacts financiers complémentaires dont ceux associés à la récurrence des frais de support et d'entretien.

Des décisions majeures à venir

Dans le domaine des ressources informationnelles, la suite des choses sera influencée par des décisions imminentes qui auront des effets structurants majeurs.

L'avenir du projet de carte-santé

Le développement d'un système d'information de gestion dans les hôpitaux

Le développement d'une architecture nationale et régionale des systèmes d'information suite aux recommandations du Vérificateur général

7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

La Régie régionale et les établissements ne peuvent seuls réussir à améliorer la santé et le bien-être des Montréalais. La réussite passe par la création de partenariats efficaces avec les principaux acteurs de la communauté montréalaise, que ce soit dans le secteur public, privé, communautaire ou de l'économie sociale.

Dans le cadre des priorités proposées pour le plan stratégique 2003-2006, nous avons déjà indiqué les partenariats que nous comptons renforcer avec la Ville de Montréal en matière de développement social pour réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention et pour apporter des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises. Plus particulièrement, suite à la signature du contrat de ville, nous reconnaissons les zones prioritaires d'intervention identifiées par la Ville et nous nous engageons à collaborer à une approche territoriale intégrée dans ces secteurs. De plus, nous comptons élargir notre collaboration en matière de logements sociaux et communautaires pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Le milieu de l'éducation

De même, avec les commissions scolaires, nous sommes à élaborer avec d'autres partenaires comme le CRDIM, le milieu communautaire et la Ville de Montréal, un plan régional pour favoriser la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs. Nous avons déjà indiqué, dans le cadre de notre stratégie visant à assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente et mobilisée, les collaborations prévues avec les collèges et les universités.

En plus du dossier majeur de la mise sur pied des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), que nous avons à mener à terme avec les réseaux de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, nous envisageons d'entreprendre les actions suivantes :

Les résultats attendus

- Des décisions et des pratiques appuyées sur des données probantes.
- L'essor du secteur des sciences de la vie.

Les actions proposées

- Intégrer des projets de recherche universitaires éclairant la prise de décision en lien avec les objectifs du plan stratégique 2003-2006.
- Favoriser la diffusion des connaissances acquises dans les projets de recherche reliés aux objectifs du plan stratégique 2003-2006.
- Collaborer avec les leviers dont nous disposons, à l'essor du secteur de l'évaluation des technologies et des sciences de la vie à Montréal.

Ressources financières additionnelles requises

7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.5.1 Rehaussement du financement en appui à la mission globale des organismes communautaires	11,3			
Total	**11,3**			

7.6 Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006

Pour réaliser le plan stratégique 2003-2006 et atteindre les objectifs visés, nous aurons besoin, d'ici 2005-2006, d'une somme récurrente additionnelle de 366,5 M$ sur une base annuelle.

De plus, nous aurons aussi besoin de 142,4 M$ en trois ans sur une base non récurrente. Du côté des investissements, les besoins spécifiquement reliés à la réalisation des priorités 2003-2006 sont estimés à 177 M$, notamment pour la rénovation des salles d'urgence, l'installation des GMF, l'informatisation des urgences et le déploiement d'outils électroniques supportant les réseaux de services intégrés.

Ressources financières additionnelles requises

Pour réaliser les six grandes priorités montréalaises 2003-2006		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.1	Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	42,0			
5.2	Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises	31,7			
5.3	Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	64,8		29,0	
5.4	Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés	17,2	110,5	127,6	91,7
5.5	Développer des programmes et des réseaux intégrés de services autour des clientèles vulnérables	153,5	11,5	20,4	19,4
5.6	Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires	46,0			
Sous-total		**355,2**	**122,0**	**177,0**	**111,1**

Pour réaliser nos défis de gestion 2003-2006		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.1	Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité : - les ententes de gestion - une évaluation équilibrée de la performance		6,3		
7.3	S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre		14,1		
7.4	Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes				
7.5	Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise	11,3			
Sous-total		**11,3**	**20,4**		
Total		**366,5**	**142,4**	**177,0**	**111,1**

Comment assurer le financement du plan stratégique en demeurant à l'intérieur du budget octroyé par le ministère ?

Les stratégies possibles de financement

1. Gérer, de façon optimale, le budget actuel de 4 milliards $ et utiliser, de façon ciblée, l'indexation des dépenses que nous obtiendrons au cours des prochaines années

Dans son Plan d'action « *Pour faire les bons choix* », le ministère reconnaît que, pour faire face à la croissance des coûts spécifiques du secteur de la santé et des services sociaux, un taux d'indexation de 2,6 % devrait être ajouté aux coûts connus des autres secteurs d'activités au Québec.

Cette indexation viserait à couvrir l'accroissement des volumes de services engendré par le vieillissement de la population, l'évolution technologique, ainsi que la hausse des coûts des médicaments.

L'obtention d'une indexation de 2,6 % représenterait, pour la région, un budget additionnel récurrent de 107 M $ en 2003-2004, de 214 M$ l'année suivante et d'environ 321 M$ en 2005-2006.

Valeur en millions de dollars de divers taux d'indexation en sus du taux de base de 2,6 % couvrant l'augmentation des salaires et des dépenses diverses

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
0,5 %	20,7	41,4	62,1
0,7 %	29,0	58,0	87,0
0,8 %	33,1	66,2	99,3
0,9 %	37,2	74,4	111,6
1,0 %	41,3	82,6	123,9
1,5 %	62,0	124,0	186,0
2,6 %	**107,0**	**214,0**	**321,0**

La réalisation de nos priorités nécessiterait de puiser 111,1 M$ à même cette indexation. Si le taux obtenu était de 2,6 %, cela voudrait dire d'allouer 35 % à cette fin.

La somme requise de 111,1 M$ correspond environ à un taux d'indexation de 0,9 % qui donnerait un budget additionel de 111,6 M$ en 2005-2006. Dans cette perspective, les priorités sont réalisables à condition que l'indexation additionnelle à celle octroyée pour couvrir les hausses des salaires et des autres dépenses se situe entre 0,9 % et 2,6 %.

L'obtention d'un taux de 2,6 % permettrait aussi de résorber, sur trois ans, le déficit structurel des établissements de Montréal.

Nous estimons à 140 M$ le déficit budgétaire des établissements de Montréal pour l'année 2002-2003. Ce déficit est concentré dans les grands hôpitaux universitaires qui produisent, en très grande partie, des services médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour lesquels nous voulons augmenter, de façon importante, les volumes pour en assurer l'accès à l'intérieur des délais cliniques recommandés.

De ce déficit, une partie importante est due à la sous-indexation des années antérieures et une autre partie, aux

difficultés rencontrées par les institutions à contrôler leurs dépenses. La Régie régionale estime à 100 M$ le déficit structurel de son réseau régional et à 40 M$, la portion qui pourrait se résorber par un meilleur contrôle des coûts.

Environ 30 % du déficit struturel est encourru pour rendre accessibles des services hospitaliers à des personnes provenant des autres régions du Québec. Il est important que ce facteur soit pris en compte dans l'établissement du taux d'indexation.

Avec 2,6 % d'indexation, nous pourrions résorber le déficit structurel en trois ans et il nous resterait, dans ce scénario, environ 70 M$ récurrents pour financer, notamment, les hausses de coûts d'opération reliés à la mise en service d'équipement et d'installation qui seront livrés d'ici 2006. Ces coûts sont estimés à 28,7 M$ par année et sont reliés aux projets présentés à l'annexe 8.

2. Obtenir un développement budgétaire non récurrent tel que le propose le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* », pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés

Le ministère a reconnu le besoin de doter un fonds non récurrent de 162 M$ pour améliorer l'accès à ces services à l'échelle du Québec.

Comme la région métropolitaine représente environ 60 % de la population du Québec et que Montréal dessert une partie des régions voisines dans les secteurs prioritaires identifiés, il serait raisonnable d'obtenir 65 M$ de cette enveloppe sur trois ans afin de compléter le financement requis pour hausser la production des services.

Compte tenu de la présence de patients bénéficiant des interventions ciblées, environ 40 M$ serviraient à assurer les services additionnels requis par la population montréalaise et 25 M$ pour assurer le même accès aux personnes provenant des autres régions.

Ces proportions sont conformes à l'importance relative de la population montréalaise au sein du Québec et au sein de la clientèle desservie par les hôpitaux montréalais dans ce type de services comme nous l'avons démontré au chapitre 5.

3. Obtenir un développement budgétaire récurrent de 366,5 M$ sur trois ans

Dans « *Pour faire les bons choix* », le ministère identifiait les besoins de financement additionnel à 1,6 milliards $.

Le budget additionnel de 366,5 M$ requis à Montréal est cohérent avec les besoins de la population montréalaise qui représente 25 % de la population québécoise, de ses caractéristiques socioéconomiques particulières et des problématiques sociales urbaines auxquelles elle est confrontée. De plus, Montréal assure une importante desserte supra-régionale qui a un impact sur l'accès de la population montréalaise aux services médicaux spécialisés et généraux.

4. Réallouer des ressources actuelles des établissements vers les actions prioritaires convenues dans les ententes de gestion

Il faut évaluer, au cours de la consultation et de l'élaboration des ententes de gestion, quel est le potentiel de réallocation à l'intérieur des ressources actuelles du réseau pour réaliser certaines des priorités envisagées, plutôt que de compter uniquement sur un développement récurrent venant du ministère.

Il faut évaluer notre capacité, en ce sens notamment, pour la réalisation des actions suivantes :

- extension des heures d'ouverture des CLSC;

- développement des réseaux de services intégrés en santé mentale;
- réalisation d'un Plan régional d'organisation des services en déficience physique;
- réalisation d'un Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle.

5. Identifier des façons de réaliser les priorités à un coût moindre que ceux estimés

Par exemple, la concentration envisagée des chirurgies de la cataracte et des remplacements de la hanche et du genou devrait entraîner une réduction des coûts unitaires par rapport à ceux observés aujourd'hui.

De même, certains services de soutien dans la communauté pourraient être dispensés de façon plus importante qu'aujourd'hui par des allocations directes aux usagers contournant ainsi certains problèmes de pénurie de main-d'œuvre. Dans la même veine, il est moins coûteux de développer des logements sociaux avec services communautaires pour certaines clientèles vulnérables comme les personnes âgées en perte d'autonomie que de miser autant que nous le faisons sur l'hébergement institutionnel.

6. Autofinancer certaines priorités à partir d'une autorisation d'emprunt ou d'un budget initial non récurrent

Une telle stratégie pourrait être envisageable dans le cas du plan régional d'organisation des services d'hébergement que nous élaborerons en 2003-2004. Cela permettrait le développement préalable de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel suivi par une réallocation des ressources provenant des milieux institutionnels vétustes.

Cette approche pourrait être couplée à un partenariat avec le secteur privé avec ou sans but lucratif, pour le développement et la gestion de ces nouvelles places d'hébergement. Le réseau se centrerait sur sa mission première, qui est de prodiguer les services de santé et les services sociaux requis par la clientèle en perte d'autonomie

7. Financer les dépenses non récurrentes nécessaires à la réalisation des priorités à même les budgets de développement qui seront obtenus

Ces dépenses sont estimées à 142,4 M$. Si l'on soustrait les 65 M$ provenant du fonds de 162 M$ identifiés dans « *Pour faire les bons choix* » pour financer un meilleur accès aux services médicaux spécialisés, il reste à assurer le financement de 77,4 M$ à partir des développements récurrents qui devraient atteindre 366,5 M$ par année en 2005-2006.

Compte tenu de l'envergure de notre plan, qui nécessitera d'ajouter des milliers de personnes au sein du réseau régional, en particulier dans les CLSC, il faut envisager une implantation graduelle possiblement sur plus de trois ans, et bien préparer le terrain au plan de l'organisation du travail et de la gestion des ressources humaines. C'est d'ailleurs dans ce secteur que sont prévues la plupart des dépenses non récurrentes, à l'exception de celles nécessaires pour créer un fonds permettant, de façon transitoire, d'adapter l'offre de services d'urgence aux variations saisonnières de la demande. Ce fonds demeurera nécessaire tant que la réorganisation des services de première ligne ne sera pas complétée et n'aura pas produit les effets escomptés.

8. Établir un ordre de priorités

Il est sûr que les développements budgétaires qui viendront seront étalés sur plusieurs années. Un des buts de la consultation est de déterminer un ordre de priorité en fonction de notre capacité d'agir et de l'importance de l'action envisagée sur le maintien et l'évolution de la santé et du bien-être de la population.

Si nous avons une première tranche de 60 à 100 M$, à quelle priorité devons-nous l'allouer ?

Si le financement récurrent obtenu est inférieur à 366,5 M$, quels projets devraient être maintenus en priorité ?

Il est donc important, au sortir de la consultation, de déterminer un ordre de priorité nous permettant de réaliser le meilleur projet possible en fonction des ressources qui seront disponibles, soit par voie de développement, soit par voie de réallocation.

9. Réaliser certaines priorités en cinq ans

Compte tenu de l'ampleur du projet qui vise à apporter des changements fondamentaux à l'organisation des services de première ligne, il serait peut-être sage de prendre les décisions stratégiques et d'en assurer le financement rapidement, mais d'étaler l'implantation de certaines priorités sur cinq ans.

Un tel rythme d'implantation permettrait davantage la réussite, en donnant le temps à ceux qui donnent les services, de bien s'organiser au plan des ressources humaines, des ressources matérielles et des ressources informationnelles.

Introduire avec succès plus de 4 000 personnes dans le réseau montréalais est un défi majeur à relever, compte tenu des modes actuels d'organisation du travail, des pénuries de main d'œuvre de certains secteurs et des adaptations à faire au plan des locaux et des équipements informatiques notamment.

10. Se doter de plans stratégiques en matière d'immobilisations, d'équipement et de ressources informationnelles

L'adaptation des milieux de travail et de l'outillage technologique auront une influence majeure sur l'atteinte de nos objectifs au plan de la livraison des services et de la mobilisation des médecins et de la main-d'oeuvre.

Le parc d'équipements actuel a une valeur de 1,1 milliard $ et nécessitera des budgets significatifs de remplacement et de développement au cours des années à venir. Les besoins pour le financement d'aides techniques pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique iront en croissant, compte tenu des développements importants qui seront faits en maintien à domicile. Il sera aussi nécessaire d'investir pour mieux équiper le personnel oeuvrant dans les unités de soins et les unités de vie afin de leur procurer de meilleures conditions d'exercice : lits à commandes électriques, lève-patients sur rails, etc.

De même, il faudra, en tenant compte des priorités nationales et régionales, planifier l'implantation, dans la région, des équipements de haute technologie comme les tomographes à émission de positron (TEP), à titre d'exemple.

Nous aurons à réviser la stratégie actuelle de maintien de notre actif immobilier régional, qui a une valeur de remplacement de 4 milliards $ et qui ne bénéficie que d'un budget de maintien de 14,6 M$ par année. Enfin, nous devrons, suite à l'adoption du plan stratégique 2003-2006, nous doter d'un plan directeur des immobilisations et réviser nos priorités nos priorités actuelles en matière de développement immobilier (voir annexe 9 du document de support).

Du côté des systèmes et des technologies de l'information, dans la foulée de l'adoption du plan stratégique 2003-2006, nous aurons, tel que le recommande le Vérificateur général, à élaborer un plan d'affaires des ressources informationnelles.

La région de Montréal dispose d'un imposant parc d'équipement en matière de technologie et système d'information. Un recensement récent (RESIR) permet d'évaluer le nombre de postes de travail dans la région à près de 30 000, d'imprimantes à près de 10 000 et de serveurs en tout genre à près de 1 000.

À ces investissements, il faut ajouter les frais d'infrastructures et les équipements de réseautique, de même que l'ensemble des frais d'acquisition de logiciels de bureautique et d'applications cliniques ou administratives en tous genres. Pour compliquer ce tableau et à défaut de financement spécifique, plusieurs établissements ont recours à des formules de location et d'impartition de services qui incluent une forte composante d'amortissement des actifs. On peut affirmer sans risque que l'investissement se situe aux environs de 200 M$ et que la durée de vie moyenne de la grande majorité de ces composantes ne dépasse guère 5 ans. C'est donc à la hauteur d'environ 40 M$ que le réseau de la région de Montréal doit investir annuellement pour assurer le maintien de ces actifs.

La question qui se pose n'est pas de savoir si les dépenses de maintien des actifs doivent se faire mais de déterminer s'il serait pertinent de créer un fonds régionalisé de maintien des actifs, comme il en existe pour les actifs immobiliers et les équipements médicaux, ou si l'on doit assurer le financement en y affectant un pourcentage des budgets d'exploitation et en y allouant, de façon systématique, un pourcentage de tout budget de développement reçu dans l'avenir, comme on le fait pour le mobilier, l'équipement et les locations d'espaces.

Enfin, les établissements ont identifié des besoins de développements de plus de 130 M$ qu'ils souhaitent faire au cours des trois prochaines années. Plus de 75 % des développements envisagés sont dans les systèmes d'information cliniques, la radiologie, les dossiers patients, les laboratoires et les technologies. En valeur, 90 % des projets envisagés sont dans les hôpitaux dont la moitié dans les trois CHU de la région.

Donc, en plus des projets directement reliés aux objectifs spécifiques du plan stratégique 2003-2006, nous aurons à nous donner un plan stratégique de développement des ressources informationnelles qui déterminera les priorités dans ce domaine pour les années à venir et les stratégies de financement afférentes.

8.
Conclusion et questionnaire

La consultation qui s'amorce vise, d'ici le mois de mai 2003, à valider la pertinence des priorités proposées, le degré d'importance à accorder à chacune, la valeur des résultats attendus et notre capacité de les atteindre par les actions proposées et les stratégies envisagées au plan des effectifs médicaux, de la main-d'œuvre, des ressources matérielles, informationnelles et financières.

Nous sollicitons donc la contribution du milieu montréalais afin de bonifier les propositions initiales et de bâtir un consensus fort en faveur du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, que la Régie adoptera au mois de juin prochain, en même temps que son Plan d'action montréalais en santé publique.

Ces plans, une fois adoptés, auront un impact déterminant sur :

- les priorités d'allocation des ressources
- les ententes de gestion entre la Régie régionale et le ministère et entre la Régie et les établissements de Montréal
- les projets à mener avec nos partenaires régionaux.

Priorités montréalaises 2003-2006

1. **Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention**
2. **Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises :**
   - jeunesse en difficulté
   - violence
   - prostitution
   - itinérance
   - logement social
   - jeu pathologique
   - alcoolisme et toxicomanie
3. **Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)**
4. **Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés :**
   - doter Montréal d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques disponibles de 8 h à 20 h, 365 jours par année, 7 jours sur 7
   - concentrer dans des centres désignés les activités de chirurgie de la cataracte et de remplacement de la hanche et du genou
5. **Développer des programmes et des réseaux de services intégrés autour des clientèles vulnérables :**
   - personnes âgées en perte d'autonomie
   - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), insuffisance cardiaque, diabète)
   - personnes atteintes de cancer
   - personnes atteintes du SIDA
   - personnes souffrant de maladie mentale
   - personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)
6. **Se doter des plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires :**
   - services d'hébergement et de soins de longue durée
   - services aux personnes ayant une déficience physique
   - services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
   - services en périnatalité

Questions

- Est-ce que les six priorités proposées sont pertinentes ?
- Est-ce que les résultats attendus dans chacune de ces priorités justifient les actions proposées et les ressources à y consacrer ?
- Est-ce que la répartition proposée des ressources additionnelles entre les différentes priorités est justifiée ?
- Parmi les actions proposées, quelles sont celles auxquelles vous souhaitez vous associer et de quelle façon?

Défis de gestion 2003-2006

1. **Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité :**
   - les ententes de gestion avec les établissements
   - une évaluation équilibrée des résultats et de la performance
2. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins**
3. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre**
4. **Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes**
5. **Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise**
6. **Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006**

Questions

- Est-ce que les six défis proposés sont pertinents ?
- Est-ce que les résultats attendus dans chacun de ces défis justifient les actions proposées et les ressources à y consacrer ?
- Est-ce que la répartition proposée des ressources additionnelles entre les différents défis est justifiée ?
- Parmi les actions proposées, quelles sont celles auxquelles vous souhaitez vous associer et de quelle façon?

Action intersectorielle, intégration des services et approche territoriale

1. **Plan d'action montréalais en santé publique et découpages territoriaux, municipaux, scolaires et sociosanitaires**
2. **Intégration et coordination des services de santé et des services sociaux et découpages territoriaux**

Questions

- Est-ce que les pistes de solutions proposées sont pertinentes ?

Lexique

Clientèles vulnérables : personnes fragilisées atteintes d'une ou plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilitantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.

Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Commission Romanow : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Heures défavorables : heures de soirée, nuit, fin de semaine et jours fériés.

Ministère : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Omnipraticiens ETP clinique : Un volume de ETP correspond à la production typique d'un médecin qui dispense des services cliniques à temps complet. Par exemple, la population de Montréal est desservie par 1 747,4 omnipraticiens ETP. Il y a à Montréal 2 190 médecins omnipraticiens.

Panier de services : ensemble des services offerts par des professionnels de la santé œuvrant dans un même point de services.

Patient orphelin : personne qui n'a pas de médecin de famille.

Programme SOC : Programme de soutien aux organismes communautaires. Ce programme a entre autres objectifs d'apporter un soutien financier de base aux organismes communautaires pour la réalisation de leur mission, en complément à la contribution de la communauté.

Ressources intermédiaires : Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.

Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

Zones prioritaires d'intervention : zones identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement, dans le Contrat de ville, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi.

CAR :	Conférence administrative régionale
CAU :	Centre affilié universitaire
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP :	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHR :	Centre hospitalier de réadaptation
CIR :	Commission infirmière régionale
CJ :	Centre jeunesse
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR :	Commission médicale régionale
CMUR :	Commission multidisciplinaire régionale
CPEJ :	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR :	Centre de réadaptation
CRDIM :	Conseil régional de développement de l'Île de Montréal
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSP :	Directeur des services professionnels
ECG :	Électrocardiogramme
ETP :	Équivalent temps plein
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF :	Groupe de médecine de famille
GRIS :	Groupe interdisciplinaire en santé
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PREM :	Plan régional des effectifs médicaux
PROS :	Plan régional d'organisation des services médicaux
PROSEM :	Plan régional d'organisation des services et des effectifs médicaux
RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire
UMF :	Unité de médecine familiale
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Résumé

La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉALAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriés pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

TABLE DES MATIÈRES

PRIORITÉS MONTRÉALAISES 2003-2006.....3

Défis de gestion.....3

Priorité 1 : Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par.....4
des actions efficaces de prévention

Priorité 2 : Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux 5
problématiques sociales montréalaises

JEUNESSE.....5

PROBLÈMES SOCIAUX MONTRÉALAIS.....5

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE.....6

PRIORITÉ 3 : Développer un réseau de services de première ligne.....7
tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF).

PRIORITÉ 4 : Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers.....8
à l'intérieur des délais recomman

PRIORITÉ 5 : Développer des programmes et des réseaux de services.....10
intégrés à l'intention des clientèles vulnérables.
- Personnes âgées en perte d'autonomie
- Personnes souffrant de maladies chroniques évolutives
- Personnes atteintes de cancer
- Personnes atteintes du VIH-SIDA
- Personnes souffrant de maladie mentale
- Personnes ayant des troubles envahissants du développement

PRIORITÉ 6 : Se doter de plans régionaux d'organisation des services..... 12
dans quatre secteurs prioritaires.
- Services aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Services aux personnes ayant une déficience physique
- Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
- Services en périnatalité

DÉFIS DE GESTION..... 13

RESSOURCES FINANCIÈRES ADDITIONNELLES REQUISES..... 14

« LA SANTÉ EN ACTIONS »
Plan d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006

Priorités montréalaises 2003-2006

1. **Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention**

2. **Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises :**
   - Jeunesse en difficulté ;
   - Violence, prostitution, itinérance, logement social, jeu pathologique ;
   - Alcoolisme et toxicomanie.

2. **Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF) :**
   - Présence de 58 groupes de médecine de famille (GMF) ;
   - Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours /semaine pour un total de 80 heures.

4. **Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés :**
   - Doter Montréal d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques disponibles de 8 h à 20 h, 365 jours par année, 7 jours sur 7 ;
   - Concentrer dans des centres désignés les activités de chirurgie de la cataracte et de remplacement de la hanche et du genou.

5. **Développer des programmes et des réseaux de services intégrés autour des clientèles vulnérables :**
   - Personnes âgées en perte d'autonomie ;
   - Personnes souffrant de maladies chroniques évolutives ;
   - Personnes atteintes de cancer ;
   - Personnes atteintes du SIDA ;
   - Personnes souffrant de maladie mentale ;
   - Personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED).

6. **Se doter des plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires :**
   - Services d'hébergement et de soins de longue durée
   - Services aux personnes ayant une déficience physique
   - Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
   - Services en périnatalité

Défis de gestion

1. Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité ;

2. S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins ;

3. S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre ;

4. Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes ;

5. Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise ;

6. Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006.

PRIORITÉ 1.
Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

Le Plan d'action montréalais en santé publique 2003 à 2006, « *La prévention en actions* » met de l'avant des actions concrètes afin de consolider et de développer des mesures efficaces pour prévenir les problèmes de santé et les problèmes sociaux les plus importants à Montréal. Il propose 16 objectifs regroupés en six axes :

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Les résultats attendus

- Réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé ;
- Amélioration des résultats de santé et de bien-être observés dans le rapport annuel 2002 de la Direction de la santé publique, « La santé urbaine ».

Les actions proposées

- Optimiser l'utilisation des ressources actuelles de 55,6 M$ consacrées spécifiquement à la prévention et à la santé publique à Montréal ;
- Consolider et développer, au niveau d'intensité requis, des actions préventives reconnues efficaces, certaines menées par le réseau et d'autres réalisées avec nos principaux partenaires (la Ville de Montréal, le milieu scolaire, Centraide, les organismes communautaires, les fondations) ;
- Collaborer à l'arrimage des plans stratégiques des principaux acteurs montréalais :
  - Plan stratégique 2003-2006 de la Régie régionale ;
  - Plan de développement social de la Ville de Montréal et le contrat de ville ;
  - Plans stratégiques des 5 commissions scolaires ;
  - Plan d'action pour la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs.
- Élaborer et mettre en œuvre un Plan d'action local en santé publique dans chaque territoire de CLSC.

PRIORITÉ 2.
Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

JEUNESSE

Les résultats attendus

- Diminution des problèmes de développement et d'adaptation sociale chez les enfants vivant dans un contexte de pauvreté ;
- Réduction des problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes ;
- Réduction des grossesses à l'adolescence ;
- Réduction des suicides chez les jeunes ;

Organisation des services aux jeunes

- Assurance d'un suivi en CLSC pour les quelques 4 800 jeunes dont le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse n'est pas retenu chaque année ;
- Des services intégrés aux jeunes qui requièrent l'expertise de plusieurs établissements et partenaires
- 15 jours ou moins de délai entre le signalement et l'évaluation en protection de la jeunesse.

Organisation des services de pédopsychiatrie

- La disponibilité d'un pédopsychiatre et de trois professionnels pour 10 000 jeunes dans chaque sous-région ;
- Les jeunes hébergés dans les centres jeunesse sont desservis en pédopsychiatrie par des hôpitaux désignés ;
- Des services de base en santé mentale pour les jeunes dans tous les CLSC.

PROBLÈMES SOCIAUX MONTRÉALAIS

Nous devons, avec nos principaux partenaires, identifier et appliquer les meilleures solutions possibles aux principaux problèmes sociaux de Montréal. Ces problèmes d'itinérance, de prostitution, de violence conjugale, d'agressions sexuelles, de jeu pathologique, d'alcoolisme et de toxicomanie sont souvent interreliés et affectent des multiples façons les personnes concernées et leurs proches. Ils sont particulièrement exacerbés au centre-ville de Montréal.

Les résultats attendus

- Amélioration de l'intégration sociale des jeunes de la rue, des personnes itinérantes et des prostitué(e)s de rue et de la coordination des services qui leur sont destinés ;
- Amélioration de l'accès aux services d'orientation rapide en situation de crise pour les victimes de violence conjugale et les conjoints agresseurs et pour les victimes d'agression sexuelle. ;
- Amélioration de l'accès à des services de traitement et de soutien dans leur milieu pour les joueurs en difficulté et leur famille ;
- 500 logements sociaux avec support communautaire.

Les actions proposées

Itinérance

- Consolider les services cliniques auprès des jeunes de la rue ;
- Augmenter le nombre de places d'hébergement d'urgence pendant la saison froide ;
- Mettre sur pied un service d'urgence sociale et de coordination des services accessibles 24 heures par jour.

Logement social

- Assurer le financement requis à la mise sur pied des services de support communautaire nécessaires à la réalisation de la totalité des 500 unités de logements sociaux prévues.

Violence

- Intensifier les activités de dépistage et de référence appropriées à l'intention des personnes aux prises avec la violence conjugale en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables : les enfants exposés à la violence conjugale, les jeunes parents, les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Consolider et développer les services de base pour les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés et les agresseurs.

Jeu pathologique

- Rendre accessible aux joueurs en difficulté et à leur famille, un continuum de services intégrés : accueil, évaluation, orientation, traitement, soutien, réinsertion sociale.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Pour compléter le réseau des services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, nous proposons de réaliser les actions suivantes d'ici 2006 :

Les résultats attendus

- Un programme de prévention dans tous les CLSC de Montréal ;
- Une augmentation de 49 à 69 des places disponibles dans les services de désintoxication ;
- Un accès accru au traitement de maintien à la méthadone.

Les actions proposées

- Réviser et généraliser le programme régional de prévention en passant de 16 à 29 CLSC ;
- Augmenter le nombre de places en désintoxication de 49 à 69 ;
- Assurer un financement récurrent et consolider les services de traitement de maintien à la méthadone.

PRIORITÉ 3.
Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

Notre troisième priorité est de développer, sur l'ensemble du territoire, un réseau de services médicaux et psychosociaux de première ligne :

- accessibles 24 heures / 7 jours;
- garantissant la continuité des services;
- assurant la prise en charge des clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive (maladie pulmonaire, insuffisance cardiaque, diabète), personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes nécessitant des soins palliatifs.

Les résultats attendus

- Présence de 58 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- La mise sur pied, en trois ans, de 58 GMF (deux par territoire de CLSC, en moyenne) permettrait la prise en charge de 700 000 à 870 000 personnes, soit de 39 à 48 % de la population montréalaise.

Les actions proposées

- Assurer le démarrage et le financement récurrent des GMF par un investissement initial de 29 M$ et une injection annuelle de 34,8 M$;
- Assurer le recrutement, par les CLSC et les GMF, de 116 infirmières ;
- Assurer la liaison électronique des GMF avec les CLSC, les ressources diagnostiques et les hôpitaux ;
- Assurer la mobilisation, vers des GMF, de 464 à 580 médecins omnipraticiens.

Les résultats attendus

- Des services infirmiers et psychosociaux 7 jours sur 7 dans tous les CLSC ;
- Des services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours sur 7 dans tous les CLSC ;
- L'accès à chaque CLSC 80 heures/semaine ;
- Un accès en moins de 4 minutes à Info-Santé ;
- Des soins psychosociaux intégrés à Info-Santé.

Les actions proposées

- Assurer 80 heures d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'intervention en soins infirmiers et en services psychosociaux incluant les troubles transitoires de santé mentale ;
- Doter tous les CLSC de services de prélèvement sans rendez-vous ;
- Assurer une garde en soins infirmiers 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables.

PRIORITÉ 4.
Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

Services d'urgence

La diminution de l'encombrement et de la durée de séjour dans les salles d'urgence demeure une priorité à Montréal. Le véritable enjeu est de se donner la capacité de mettre en œuvre les solutions nécessaires en amont de la salle d'urgence, dans l'hôpital, et en aval de la salle d'urgence et de l'hôpital.

Les résultats attendus

- La réduction de 30 % des visites à l'urgence ;
- Des services diagnostiques accessibles rapidement ;
- La réduction des séjours de plus de 48 heures de 9,8 % à 0 %.

Les actions proposées

En amont des services d'urgence

- Mettre sur pied un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques accessibles en première ligne, de 8 heures à 20 heures, 365 jours par année.

Dans l'urgence et dans l'hôpital

- Désigner des salles d'urgence pour la thrombolyse des patients ayant un accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- Se doter d'un fonds non récurrent de 45 M$ sur trois ans permettant des ajustements ponctuels aux variations saisonnières de l'achalandage des salles d'urgence ;
- Créer une banque permettant d'allouer des jours présence additionnels à des hôpitaux ;
- Réaménager et agrandir les 10 salles d'urgence qui le nécessitent.

Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés

Une seconde priorité en matière d'accès aux services médicaux spécialisés est d'assurer les traitements requis pour les patients à l'intérieur des délais recommandés.

Les résultats attendus

Des délais d'accès plus courts pour les services spécialisés

Cardiologie	- hémodynamie :	< 1 mois
	- électrophysiologie :	< 3 mois
	- chirurgie cardiaque :	< 3 mois
Oncologie	- chirurgie oncologique :	< 1 mois
	- radio-oncologie :	< 3 mois
Orthopédie	- remplacement hanche et genou :	< 3 mois
Ophtalmologie	- rétinopathie :	< 1 mois
	- chirurgie de la cataracte :	< 6 mois

Les actions proposées

- Désigner deux centres de la cataracte en milieu hospitalier pour réaliser un volume de 7 000 à 10 000 chirurgies par année et offrant toutes les phases du processus, de la préadmission aux soins postopératoires ;

- Concentrer les activités de remplacement de la hanche et du genou et réorganiser le continuum de services ;

- Octroyer un financement additionnel pour ramener les listes d'attente aux délais d'accès recherchés et pour financer la croissance de la demande d'ici 2006.

Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS)

Dans le cadre d'une approche intégrée, la nécessité de se doter d'un processus et d'un plan intégrés d'organisation des services médicaux spécialisés est renforcée si l'on veut adopter des plans d'effectifs et des plans d'organisation cohérents dans les hôpitaux pour chacune des 34 spécialités médicales. Ces plans d'organisation et d'effectifs auront aussi à être élaborés dans les établissements universitaires dans le contexte de la mise sur pied, à Montréal, de deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), l'un rattaché à l'Université McGill et l'autre, à l'Université de Montréal. Pour renforcer la synergie entre le réseau de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, la Régie régionale propose la mise sur pied d'un comité de coordination des RUIS montréalais auxquels participeront les principaux dirigeants des deux réseaux.

- Un plan régional d'organisation des services (PROS) pour chacune des spécialités médicales

- Le mandat des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) est de planifier et de coordonner :
  - L'enseignement des disciplines universitaires de la santé;
  - La recherche;
  - L'évaluation des technologies de la santé et des modes d'intervention en santé.

PRIORITÉ 5.
Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables :

- Personnes âgées en perte d'autonomie
- Personnes souffrant de maladies chroniques évolutives
- Personnes atteintes de cancer
- Personnes atteintes du VIH-SIDA
- Personnes souffrant de maladie mentale
- Personnes ayant des troubles envahissants du développement.

Les personnes âgées en perte d'autonomie : résultats attendus

- Une augmentation du nombre de personnes âgées recevant des services à domicile : de 37 000 à 43 000 ;
- Une intensité de services plus grande à chaque personne ;
- 500 logements sociaux avec services communautaires et plus.

Actions proposées

- Augmenter le budget montréalais consacré aux services à domicile de 76 M$ d'ici 2006 pour accroître la clientèle desservie ;
- Offrir une intensité de services équivalent à 38,6 visites par année, par personne ;
- Assurer les services requis pour 500 logements sociaux et communautaires ;
- Instaurer un système de garde infirmière et médicale dans les 4 territoires des centraux 24/7 des CLSC.

Les personnes souffrant de maladies chroniques évolutives : résultats attendus

- La réduction des visites à l'urgence ;
- La réduction des hospitalisations ;
- Une meilleure prise en charge ;
- Une plus grande satisfaction.

Actions proposées

Renforcer les équipes multidisciplinaires en CLSC pour une meilleure prise en charge : en nutrition, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie. Consultation en pharmacie et en psychogériatrie ;

Mettre sur pied un continuum de services intégrés similaire au modèle proposé pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique ;

Rendre ce continuum accessible aux malades souffrant d'insuffisance cardiaque et de diabète.

Les personnes atteintes du cancer : résultats attendus

- Une efficacité améliorée en oncologie : délais d'accès plus courts pour les services; des services continus; des pratiques et des approches cliniques de qualité; des soins palliatifs accessibles à 5 000 personnes par année en CLSC et en CHSLD

Actions proposées

- Désigner des centres régionaux de lutte contre le cancer pour les adultes et pour les enfants ;
- Pour la livraison des services : mettre sur pied les équipes multidisciplinaires pour les différents types de cancer ;
- Intensifier les soins palliatifs offerts en première ligne et dans les CHSLD.

Les personnes souffrant de maladie mentale : résultats attendus

Pour des services sur une base sous-régionale :

- Une réduction des troubles anxieux et dépressifs ;
<
- Une réduction du taux de suicide ;
- Des services de première ligne en santé mentale dans chacun des 29 CLSC ;
- La réduction des séjours à l'urgence amenant l'élimination des séjours de plus de 48 heures et une diminution de la durée des séjours de 35 à 12 heures ;
- La diminution des hospitalisations ;
- Le soutien communautaire assuré à 3 000 personnes et l'hébergement en ressources de type familial ou intermédiaire à 900 personnes de plus.

Actions proposées

- Mettre sur pied, dans chacun des CLSC, une équipe multidisciplinaire offrant des services de première ligne en santé mentale ;
- Assurer, dans les 6 sous-régions, la présence d'un réseau partagé entre les omnipraticiens et les psychiatres ;
- Prévenir le recours à l'urgence par :
  1) le suivi intensif, en équipe, de personnes qui utilisent l'urgence à répétition et
  2) la présence d'une infirmière de liaison à l'urgence 80 heures semaine ;
- Rendre accessible des services de soutien communautaire à 3 000 personnes.

PRIORITÉ NO 6
Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires
- Services aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Services aux personnes ayant une déficience physique
- Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
- Services en périnatalité

Résultats attendus

- Définition de la nature et du volume des services requis dans un domaine pour répondre aux besoins de la population, en tenant compte des ressources financières identifiées à cette fin ;
- Précision de la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région.

Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie : Pourquoi ?

- Pour clarifier l'organisation des ressources d'hébergement pour le futur :
  - quelle est la gamme et la qualité des ressources nécessaires ?
  - quelle est la contribution attendue des différents secteurs de la société ?
- Pour répondre aux besoins sans cesse croissants d'une population montréalaise vieillissante.

Les services aux personnes ayant une déficience physique : résultats attendus

- Des délais d'accès plus courts pour les services de réadaptation ;
- Augmentation de 230 personnes recevant des services de maintien à domicile ;
- Augmentation de 1 050 personnes recevant des services de soutien à la famille ;
- 110 places de plus en ressources résidentielles et d'hébergement

Les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle : résultats attendus

- 1 120 personnes de plus recevant des services des soutien à la personnes et à la famille ;
- 354 usagers de l'hôpital Rivière-des-Prairies intégrés dans des ressources adaptées ;
- Une diminution de 50% de la liste d'attente pour les services sociaux résidentiels ;
- L'élimination de la liste d'attente pour les services socioprofessionnels

Les services en périnatalité : Pourquoi ?

- Pour clarifier l'organisation des ressources durant la période périnatale :
  - quel doit être le panier de services universels à offrir durant toute la période pré et postnatale ?
  - comment rendre ces services accessibles en complémentarité ?
  - quels sont les modes de fonctionnement organisationnel et clinique à privilégier ?
  - devrions-nous concentrer les accouchements en moins d'hôpitaux ?
  - comment consolider les maisons de naissance et les services de sage-femme ?

Nos défis de gestion

1. **Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité** :
   - les ententes de gestion ;
   - une évaluation équilibrée des résultats et de la performance

2. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins**
   - *L'accès en actions* – Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux ;
   - *L'accès en actions* – plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux.

3. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre**
   - Se doter d'un plan de main d'œuvre intégré ;
   - Réviser l'organisation du travail ;
   - Assurer la relève des cadres ;
   - Attirer et former une nouvelle main-d'œuvre ;
   - Soutenir le développement des compétences ;
   - Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail ;
   - Mobiliser la main-d'œuvre ;
   - Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel.

4. **Rendre accessibles les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes**
   - Informatiser les GMF ;
   - Informatiser le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques ;
   - Assurer le déploiement de la DSIE, des ADN et de l'OEMC ;
   - Généraliser l'implantation d'un système d'information sur les urgences ;
   - Compléter le déploiement des systèmes d'information nationaux : PIJ, SGAS,SIIATH,SICHELD ;
   - Doter le réseau d'un intranet ;
   - Doter la région d'un Carrefour d'information sanitaire.

5. **Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise :**
   - Ville de Montréal ;
   - Éducation ;
   - Organismes communautaires ;
   - Économie sociale ;
   - Secteur privé ;

6. **Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006**
   - Gérer de façon optimale le budget actuel de 4,133 milliards $ et utiliser de façon ciblée l'indexation des dépenses ;
   - Obtenir un budget non-récurrent pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais recommandés ;
   - Obtenir un développement budgétaire récurrent de 366,5 M$;
   - Réallouer des ressources actuelles ;
   - Identifier des façons de réaliser les priorités à un coût moindre que ceux estimés ;
   - Autofinancer certaines priorités à partir d'une autorisation d'emprunt ou d'un budget initial non récurrent ;
   - Financer une partie des dépenses non-récurrentes à même les budgets de développements obtenus
   - Établir un ordre de priorités ;
   - Réaliser certaines priorités du plan sur 5 ans ;
   - Se doter de 2 plans stratégiques : 1) immobilisation et équipement et 2) actifs informationnels

Ressources financières additionnelles requises

Pour réaliser les six grandes priorités montréalaises 2003-2006	Besoins (M$) Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	42,0			
5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises	31,7			
5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	64,8		29,0	
5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés	17,2	110,5	127,6	91,7
5.5 Développer des programmes et des réseaux intégrés de services autour des clientèles vulnérables	153,5	11,5	20,4	19,4
5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires	46,0			
Sous-total	**355,2**	**122,0**	**177,0**	**111,1**

Pour réaliser nos défis de gestion 2003-2006	Besoins(M$) Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité : - les ententes de gestion - une évaluation équilibrée de la performance		6,3		
7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre		14,1		
7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes				
7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise	11,3			
Sous-total 1	**1,3**	**20,4**		
Total	**366,5**	**142,4**	**177,0**	**111,1**

Une publication du Service des communications
Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale
De la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Information tirée de :
Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être
« La santé en actions »

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-120-5

Ce document est disponible :

- aux services documentaires
  de la Régie régionale
  de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604

- sur le site Web de la Régie régionale
  de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE